

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Využití Ergoterapie u osob s mentálním postižením
v sociálně terapeutické dílně

Use of Ergotherapy for people with mental disabilities in social therapeutic
workshop

Monika Javůrková

Vedoucí bakalářské práce: Mgr.B.Valešová Malecová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Praha 2015

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **Využití Ergoterapie u osob s mentálním postižením v sociálně terapeutické dílně** vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 17. 7. 2015

.....

Monika Javůrková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Barbaře Valešové Malecové Ph.D. za trpělivost a vstřícnost při vedení bakalářské práce. Rovněž bych jí chtěla poděkovat za pomoc při získávání potřebných podkladů a informací.

Javůrková, M. Využití ergoterapie u osob s mentálním postižením v sociálně terapeutické dílně. Bakalářská práce. Praha: Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce: Mgr. Barbara Valešová Malecová, Ph.D., 2015, 67 str.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá ergoterapií u osob s mentálním postižením v sociálně terapeutické dílně. Práce obsahuje základní poznatky o problematice mentálního postižení, popisuje sociálně terapeutickou dílnu, charakterizuje ergoterapii jako jednu z možných terapií, která se uplatňuje při práci s osobami s postižením. Získávání nových dovedností v dílně přispívá k rozvoji a zachování schopností osob s mentálním postižením. To napomáhá ke zvýšení kvality jejich života. Hlavním cílem bakalářské práce je prezentovat konkrétní ergoterapeutický program vybraných klientů, který je zaměřený na rozvoj kognitivních funkcí a jemné motoriky. Na příkladu dvou klientů se středně těžkým mentálním postižením jsem ukázala, jak rozdílný může být přínos ergoterapie v jednotlivých případech. Pro jednoho klienta šlo o smysluplné trávení času a zlepšování jemné motoriky a u druhého spíše o osvojení technologického postupu výroby, který by mohl využít při možném budoucím pracovním uplatnění. V tomto konkrétním případě se mi potvrdila nutnost dlouhodobější péče pro klienty s mentálním postižením, aby si osvojili potřebné dovednosti.

Klíčová slova - mentální retardace, mentální postižení, sociálně terapeutická dílna, ergoterapie, ergoterapeutický program, pracovní uplatnění

Abstract

The bachelor's thesis deals with ergotherapy for people with mental disabilities in social therapeutic workshop. It is focused on mental disability, social therapeutic workshop characterization and above all it shows ergotherapy as one of possible ways of working with people with disability. New skill acquisition in the workshop contributes to the development and preservation of abilities of people with mental disabilities. That also helps to improve their quality of life. The main target of the bachelor thesis is to present a specific therapeutic program for selected clients focuses on development of cognitive functions and fine motor skills. At described cases of two clients with moderate mental disability it was shown how different can be the benefits of ergotherapy treatment. For one client the ergotherapy meant rather meaningful time spending and fine motor skills development and for the other more likely time to learn technological procedures which can be used in the future employment. This concrete case confirmed the necessity of long-term care for mentally disabled clients to have enough time to teach them necessary skills.

Key words - mental retardation, mental disability, social therapeutic workshop, ergotherapy, particular therapic program, working use

Obsah

1 Osoby s mentálním postižením.....	10
1.1 Definice mentálního postižení	10
1.2 Klasifikace mentálního postižení	12
1.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení.....	13
1.4 Specifikace osob s mentálním postižením	16
2 Sociálně terapeutická dílna	20
2.1 Principy a cíle poskytované služby	21
3 Ergoterapie.....	22
3.1 Expresivní terapie	22
3.2 Charakteristika a definice ergoterapie.....	24
3.3 Cíle ergoterapie	26
3.4 Formy Ergoterapie	28
3.5 Ergoterapeutický proces.....	29
3.6 Využití ergoterapie.....	32
3.6.1 Kondiční Ergoterapie.....	32
3.6.2 Ergoterapie cílená na postiženou oblast	33
3.6.3 Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění	33
3.6.4 Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti	34
3.6.4.1 Nácvik soběstačnosti v ADL.....	35
3.6.4.2 Nácvik samostatnosti v bydlení.....	36
3.6.5 Ergoterapie u osob s mentálním postižením.....	37
3.6.6 Ergoterapie v sociálně terapeutické dílně.....	38
4 Návrh ergoterapeutického programu	42
4.1 „Zahrada“ poskytovatel sociálních služeb	42
4.2 Sociálně terapeutická dílna „Zahrada“	43

4.3 Ergoterapeutický program.....	45
4.4 Závěrečné hodnocení	59
Závěr	62
Seznam použité literatury:	64

Úvod

Současným trendem péče o člověka s mentálním postižením je začleňování do života většinové intaktní populace. Ve školské integraci se děti s postižením zařazují do běžných tříd nebo tříd speciálních na běžných školách. Osoby s mentálním postižením se zapojují do obvyklých činností života, oblast pracovní pro ně přináší uplatnění na chráněném nebo otevřeném trhu práce. Významnou úlohu pro osoby s mentálním postižením zastávají expresivní terapie. Tyto terapie se postupně uplatňují ve školách, nemocnicích, léčebnách a ve většině zařízení sociálních služeb, kde je terapie nabízena všem klientům. Široká nabídka terapií umožňuje, aby si každý vybral aktivitu nebo činnost, která ho zajímá.

Tématem mé bakalářské práce je využití **Ergoterapie u osob s mentálním postižením v sociálně terapeutické dílně**. Práce se orientuje na domov pro osoby se speciálními potřebami „Zahrada“ poskytovatele sociálních služeb Kladno. „Zahrada“ poskytuje sociální služby osobám s mentálním postižením a osobám se souběžným postižením více vadami. Součástí zařízení je také sociálně terapeutická dílna, kde jsem se poprvé setkala s ergoterapií. Ergoterapie je terapie s rozsáhlým uplatněním, slouží jako forma rehabilitace ve zdravotnických zařízeních pro osoby, které utrpěly během života úraz nebo úraz s trvalými následky. V oblasti sociální, je to jedna z možností smysluplného využití volného času osob s mentálním postižením, při využití manuální zručnosti klienta. Nabízí osobám s mentálním postižením možnost vykonávat pracovní činnosti s podporou vyškoleného pracovníka v běžném prostředí.

Téma ergoterapie je mi blízké vzhledem k mému pracovnímu zaměření a z tohoto důvodu jsem si ho vybrala do mé bakalářské práce.

Bakalářská práce je řazena do čtyř rovin. První kapitola se zabývá mentálním postižením a jeho definicí, dále klasifikací mentálního postižení, charakteristikou jednotlivých stupňů mentálního postižení a také specifiky osob s mentálním postižením. Druhá kapitola pojednává o sociálně terapeutické dílně, jejích cílech a principech, dílnu také definuje. Další kapitola definuje ergoterapii, popisuje expresivní terapie, cíle a formy ergoterapie, ergoterapeutický proces a také využití ergoterapie. V poslední kapitole se zaměřuji na praxi v sociálně terapeutické dílně „Zahrada“, tato kapitola bude popisovat jednotlivá setkání vybraných klientů dílny. Pro práci použiji metody zúčastněného pozorování klienta při pracovní činnosti, analýzu dostupné dokumentace, dále studium a analýzu odborné literatury.

Hlavním cílem mé práce je návrh konkrétního ergoterapeutického programu pro osoby s mentálním postižením, který se uskuteční v sociálně terapeutické dílně. Program se zaměří především na rozvoj kognitivních funkcí cílových uživatelů, na rozvoj a zlepšení jejich manuální zručnosti. Ergoterapie je někdy pro klienty s mentálním postižením jediná možnost vytvořit něco, na co mohou být hrdí. Ukázat, že mohou být užiteční, neboť vzhledem ke svému handicapu je nelze vždy úspěšně umístit na trhu práce. Získávání nových zkušeností v dílně přispívá k rozvoji a zachování schopností osob s mentálním postižením, což většinou napomáhá ke zvýšení kvality jejich života. Navržený ergoterapeutický program bude ověřován u dvou uživatelů služby v sociálně terapeutické dílně. Daný program bude individuálně upraven dle potřeb klientů. Popsaný příklad z praxe rozšíří množství informací o práci s klienty vyžadující speciálně pedagogickou péči.

1 Osoby s mentálním postižením

„Žádný jiný druh handicapu nečiní člověka v běžné populaci tak zvláštním a odlišným jako právě mentální postižení“

Slowík

Člověk s mentálním postižením je především lidská bytost se svými osobnostními a charakterovými rysy, u něhož se postižení projevuje ve všech složkách osobnosti. Má vliv na vývoj a úroveň rozumových schopností, dotýká se emocí, komunikačních schopností a úrovně sociálních vztahů, ale také společenského a pracovního uplatnění.

1.1 Definice mentálního postižení

„Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnost jedince“ (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, str. 31).

Pipeková (1998) uvádí, že charakterizovaným znakem mentálního postižení je celkové snížení intelektových schopností, zahrnuje je schopnost myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí. Jde o stav vrozený, trvalý či časně získaný.

Nejznámější definice mentální retardace podle Dolejšího (1973, str. 36): *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: nedostatečném genetickém vloh, porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání, nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní, deficitem učení, zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech individua, po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti“*.

Podle Vágnerové (1999) je mentální postižení souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Podle její definice (1999, str. 146): *„Je postižení definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře*

osobnosti“.

Vágnerová uvádí **hlavní znaky** mentálního postižení:

- Úroveň rozumových schopností je nízká, projevuje se hlavně nedostatečným rozvojem myšlení, je omezena schopnost se učit a adaptovat v běžných životních podmínkách.
- Postižení je vrozené, či trvalé.
- U trvalého postižení je možné určité zlepšení v závislosti na etiologii. Rozvoj takového člověka je dán závažností a příčinou postižení, záleží na působení prostředí, výchově a terapeutických vlivech.

Termín mentální retardace se začal v širším měřítku používat po konferenci Světové zdravotnické organizace tzv. WHO v roce 1959 v Miláně. Na této konferenci, se zástupci jednotlivých vědních oborů zabývajících se problematikou osob s poruchami intelektu dohodli na používání termínu mentální retardace, z nutnosti sjednotit pojmové a terminologické vymezení daného jevu. Mentální retardace má interdisciplinární charakter a zasahuje do života jedince ve všech oblastech, jako je oblast lékařská, psychologická, pedagogická, sociální a to po celý jeho život (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007; Valenta, Müller, 2003).

Černá a kol. (2008) se přiklání k definicím vydaným Světovou zdravotnickou organizací poprvé v roce 1977 (2008, str. 79): „*Pod heslem mentální retardace se rozumí celkové snížení intelektuálních schopností osobnosti postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázáno nižší schopností orientovat se v životě. Nedostatek adaptivního chování se projevuje ve zpomaleném, zaostávajícím vývoji, v ohraničených možnostech vzdělávání a nedostatečné sociální přizpůsobivosti, přičemž se uvedené příznaky mohou projevovat samostatně nebo v různých kombinacích*“. Po druhé v definici z roku 1983: „*Pojem mentální retardace se vztahuje k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, která se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti*“.

V současnosti se vychází z definice mentální retardace z roku 2002 podle AAMR (American Association for Mental Retardation): „*Mentální retardace je snížená schopnost charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech*“. (Šiška,

2005, str. 10). AAMR bylo v roce 2010 transformována na AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities).

Definice mentálního postižení se neustále vyvíjejí na základě nových informací a trendů. Každý autor, který se tímto tématem zabývá, má pro termín mentální postižení svojí definici, ale konečný výsledek je podobný. Postižení se projevuje ve všech složkách osobnosti člověka a jeho života, charakteristickým rysem je snížení intelektových schopností. Rozvoj mentálně postiženého jedince záleží na míře a příčině postižení, na jeho výchově a také působení prostředí.

Tyto definice slouží pro pochopení podstaty problému mentálního postižení. Umožňují nám poznat lépe danou skupinu a přizpůsobit podmínky pro začlenění do společnosti. Vytvořit podnětné prostředí, pro rozvoj v oblastech, které jsou pro ně přiměřené.

1.2 Klasifikace mentálního postižení

Müller uvádí, že pro mentální postižení se používají různá kritéria. „*Nejčastějšími jsou to kritéria etiologická, symptomatologická, vývojová a podle stupně postižení*“ (Müller, 2001, str. 10).

„*Pro současnou speciálně pedagogickou praxi je nejpoužívanější klasifikace dle stupně mentálního postižení. Orientačně se jednotlivé stupně mentální retardace ohraničují inteligenčním koeficientem (IQ) a mentální retardace se obvykle charakterizuje jako disproporce chronologického a mentálního věku. Mentální vývoj postiženého dítěte neprobíhal v tomto tempu jako vývoj chronologický. Číselná hodnota IQ je potom určitým orientačním znakem stanovení jednotlivých stupňů mentální retardace*“ (Vašek, 1994, citovaný Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, str. 31).

Švarcová (2006) uvádí, že nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient. Vyjadřuje se tak vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému stupni a mezi chronologickým věkem. Stanovení inteligenčního kvocientu nás informuje o celkové rozumové úrovni jedince.

Ukazuje se, že ani dnes neexistuje jednoznačná odpověď, co to je inteligence a jak ji určit. Dnešní teorie pracují u člověka s různými druhy inteligence, jako je inteligence abstraktní, inteligence praktická nebo sociální. Potřeba společnosti měřit inteligenci vedla Sterna až k definování inteligenčního kvocientu IQ, jako poměru mentálního a fyzického věku (Slowík, 2007).

Stupeň mentální postižení se většinou měří standardizovanými testy inteligence, které mohou být nahrazeny škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Při měření škálami určíme stupeň mentálního postižení jen přibližně. „*Intelektové schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací*“ (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, str. 31).

V současné době se při klasifikaci mentální retardace používá 10. revize dle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1992 s platností od 1. 1. 1993. Mentální retardace patří do oboru psychiatrie a jako první má označení **F**.

Oddíl **F 70 - F 79** je věnován mentální retardaci, která dělí se do šesti skupin (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007; Valenta, Michalík, Lečbych, 2012):

F 70 - lehká mentální retardace (mentální věk 9 - 12 let)	IQ 50 - 69
F 71 - střední mentální retardace (mentální věk 6 - 9 let)	IQ 35 - 49
F 72 - těžká mentální retardace (mentální věk 3 - 6 let)	IQ 20 - 34
F 73 - hluboká mentální retardace (mentální věk pod 3 roky)	IQ je pod 20
F 78 - jiná mentální retardace (mentální retardaci nelze přesně určit pro přidružené postižení smyslové a tělesné, poruchy chování a autismus)	
F 79 - nespecifikovaná mentální retardace (jde o mentální retardaci, ale pro nedostatek znaků nelze jedince přesně zařadit)	

1.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení

V ergoterapii se nejvíce pracuje s osobami s lehkým, středně těžkým a těžkým postižením. V této bakalářské práci se zaměřuji na jejich detailnější charakteristiku, o ostatních se zmiňuji okrajově.

Lehká mentální retardace F 70

Podle Pipekové (1998) osoby s lehkou mentální retardací do věku tří let mají jen lehce opožděný nebo zpomalený psychomotorický vývoj. Výraznější potíže nastanou mezi třetím a šestým rokem. U dítěte se začne projevovat opožděný vývoj řeči a s ním i vady řeči. V tomto období se mohou ukázat problémy s komunikační dovedností, projevit malá slovní zásoba.

Děti nejsou dostatečně zvědavé, neprojevují dostatečnou vynalézavost a při hře používají stereotyp. Zásadní problémy nastávají zejména v období školní docházky. Jemná a hrubá motorika je lehce opožděna, je patrná porucha pohybové koordinace těla. Projevují se problémy s konkrétním mechanickým a logickým myšlením. Děti mají problém s pamětí, která je slabší, vážne analýza a syntéza. Celkový výskyt v počtu mentálně retardovaných ve společnosti je zhruba 80%.

Podle Dlouhé (2011) mají osoby s lehkou mentální retardací zpomalen rozvoj sociálních dovedností. V sociálně nenáročném klimatu mohou být bez problémů, obtíže nastávají tam, kde je kladen důraz na vysoký stupeň sociokulturních vztahů.

Slowík (2007) uvádí, že většina jedinců s lehkou mentální retardací je v dospělosti schopna pracovat, navazovat a udržovat důraz na dobré sociální vztahy. Jejich prognóza sociální integrace bývá většinou dobrá.

Středně těžká mentální retardace F 71

Pipeková (1998) vyznačuje u osob se středně těžkou mentální retardací opožděný rozvoj řeči a myšlení, který přetrvává do dospělosti. Jedinec není schopný jemných úkonů, nekoordinuje pohyby. Rozvoj jemné a hrubé motoriky je zpomalen, zůstává zde celková neobratnost. Pipeková také uvádí celkový výskyt v populaci 12 %.

Vágnerová (1999) uvádí, že uvažování osob se středně těžkou mentální retardací se dá přirovnat k myšlení dítěte předškolního věku. Dovedou se učit jen mechanicky, hlavně na praktické úrovni. Zvládnou běžné návyky jako je sebeosluha, jednoduché pracovní úkony a dovednosti.

Neuropsychický vývoj u osob se středně těžkou mentální retardací je omezený, výrazně opožděný. Výskyt somatických vad je častější než u lehké mentální retardace, časté jsou neurologické příznaky, epilepsie. Porucha motoriky je výrazně opožděná, je nápadná nekoordinovanost pohybů. V oblasti psychiky lze sledovat celkové omezení, nízkou koncentraci pozornosti, výrazné opoždění rozvoje chápání, slabou schopnost kombinace s usuzováním, opožděný rozvoj dovedností a sebeobsluhy. Objevují se poruchy citů a vůle, zejména afektivní labilita, nestálost nálady, impulzivita a zkratkovitě jednání. V dospělém věku jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, úkoly musí být pečlivě strukturovány a musí být zajištěn odborný dohled. Většina z těchto jedinců jsou schopni navazovat kontakty, komunikovat s druhými a podílet se na jednoduchých sociálních aktivitách (Švarcová, 2006).

Dle Valenty a Müllera (2003) je řeč jednoduchá a obsahově chudá i v dospělém věku,

někdy zůstává na nonverbální komunikaci. Osoby se středně těžkou mentální retardací potřebují celý život chráněné prostředí, jako je chráněné bydlení a zaměstnání, s tímto souhlasí ve své publikaci i Slowík (2007).

Těžká mentální retardace F 72

Opoždění psychomotorického vývoje se projeví již v předškolním věku, je zde značná pohybová neobratnost a ovládnutí koordinace pohybů je dlouhodobé. Znatelné jsou časté motorické poruchy, prokazují přítomnost poškození CNS. Včasnou péčí a dlouhodobým tréninkem si jedinec může osvojit základní hygienické návyky. Rozvoj komunikačních dovedností je minimální, řeč primitivní a omezená. Jedinec je nestálý v náladách, je impulzivní a potřebuje celoživotní péči. Výskyt v populaci je 12 % (Pipeková, 1998).

Podle Švarcové (2006) jsou možnosti výchovy a vzdělávání u těchto jedinců omezené a vyžaduje dlouhodobé úsilí a péči, o čemž se ve své publikaci zmiňuje Vágnerová (1999). Jedinci trpí poruchy motoriky, přidávají se zde i přidružené poruchy. Včasná systematická péče přispívá k rozvoji motoriky, rozumových a komunikačních schopností, tak i k celkovému zlepšení kvality jejich života.

Hluboká mentální retardace F73

Takto postižené osoby nejsou schopni sebeobsluhy a vyžadují stálý dohled a pomoc. Omezení jsou motoricky, převládají zde stereotypní automatické pohyby. Okolí nepoznávají, často se sebepoškozují. Komunikují nonverbálně bez smyslu, řeč není rozvinuta. V celkové populaci mentálně retardovaných tvoří 1 % (Pipeková, 1998).

Jiná mentální retardace F 78

Slowík (2007) uvádí, že tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně retardace za pomoci obvyklých metod je nesnadné až nemožné. Jsou zde přidružena senzomotorická nebo somatická poškození.

Nespecifikovaná mentální retardace F79

Švarcová (2006) uvádí, že mentální retardace je u jedince prokázána, ale není zde dostatek informací pro zařazení jedince do některých zde uvedených kategorií, s čím souhlasí i Bartoňová, Bazalová, Pipeková (2007).

1.4 Specifikace osob s mentálním postižením

Švarcová (2006, str. 39): „Každý mentálně postižený člověk je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy“. U značné části mentálně postižených se v menší či větší míře projevují společné znaky a schopnosti, které jsou závislé na míře postižení.

Psychologické zvláštnosti osob s mentálním postižením se projevují v těchto oblastech:

- Rozvoj řeči
- Myšlení
- Vnímání
- Paměť
- Emoce

Rozvoj řeči

Řeč u mentálně postižených osob bývá narušena jak ve složce obsahové, tak i ve složce formální (Müller, 2001; Vágnerová 1999).

Podle Vágnerové (1999) bývá řečový projev charakteristický méně přesnou výslovností, která může být dána nedostatky v motorické koordinaci mluvidel nebo zhoršenou sluchovou diferencí, která jim neposkytuje nezbytnou zpětnou vazbu. Vágnerová také uvádí, že osoby s mentálním postižením mají potíže v porozumění běžného verbálního projevu. Jednak mají omezenější slovní zásobu, což potvrzuje i Švarcová (2006) a ve větší míře nechápu celkový kontext. Akceptují pouze jednoduché sdělení, složitější slovní obraty, jako je žert, ironie a metafora, nejsou schopni pochopit. Mezi typické znaky aktivního řečového projevu jsou jazyková necitlivost, což se projevuje četnými agramatismy. Dalším znakem je jednoduchost projevu, kdy používají krátké věty a jednoznačné konkrétní pojmy. Řečový projev je také ve velké míře závislý na stupni postižení.

„Nedostatečné sluchové vnímání brzdí zdokonalování výslovnosti a nepřesnost výslovnosti ztěžuje zlepšení kvality sluchových vjemů“ (Bazalová, Bartoňová, Pipeková, 2007, str. 23). Slovní zásoba je u osob s postižením menší než zdravých jedinců. Převládá pasivní slovní zásoba, aktivní je ochuzena o používání přídavných jmen, spojek a sloves.

Myšlení

Myšlení můžeme definovat podle Vágnerové (2004, citované Bartoňová, Bazalová,

Pipeková, 2007, str. 24): „*Mentální manipulaci s různými informacemi sloužící k porozumění jejich podstatě a k analýze různých souvislostí a vztahů, na jejichž základě lze učinit jistý závěr*“.

Myšlení je poznávací funkce, zprostředkovaně umožňující člověku poznávat vnější prostředí, také vlastní organismus a vztahy mezi jednotlivými předměty a jevy. Zajišťuje dokonalejší přizpůsobení na podmínky života, děje se tak na jeho nejvyšší úrovni poznávání (Müller, 2001).

U osob s postižením je myšlení zatíženo přílišnou konkrétností, takový jedinec není schopen vyšší abstrakce a generalizace, dochází k chybám v analýze a syntéze. Jejich myšlení není důsledné, těžko si vytváří pojmy a mají nepřesný úsudek. Tento jedinec si nedokáže dopředu promyslet své jednání a ani nedokáže konec a důsledky takového jednání předvídat. Myšlenky se vyjadřují pomocí slov a tedy řeči, která je u těchto jedinců narušena (Valenta, Müller, 2003).

Osoby s mentálním postižením mají slabou schopnost zobecňování, obecné pojmy a pravidla si špatně osvojují, což je způsobeno poškozením mozku. Přitom schopnost zobecňování je nejvyšším a nejsložitějším produktem lidského mozku (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Bartoňová, Bazalová, Pipeková (2007) popisují i **další zvláštnosti myšlení u osob s mentálním postižením:**

- Nedůslednost v myšlení, kde jde o výkyvy pozornosti a neustále kolísající napětí.
- Psychická aktivita znemožňující jedinci soustředěně přemýšlet.
- Slabá řídicí úloha myšlení, v případě potřeby neschopnost používat již osvojené rozumové operace.
- Neschopnost srovnávat své myšlenky a činy s požadavky objektivní reality.

Podle Švarcové (2006) je základní cestou k rozvíjení myšlení osob s mentálním postižením systematické vzdělávání. Postupným osvojováním vědomostí, dovedností a návyků, které odpovídají úrovni jejich rozumových schopností, také současnou úrovní poznatků získaných.

Vnímání

Prostřednictvím vnímání jedinci poznávají své okolí, rozlišují známé a neznámé podněty a situace, díky těmto získaným informacím se orientují ve svém prostředí. Vnímání je spojeno s rozeznáváním objektů, kterých si všímáme na základě zkušenosti z minulosti (Švarcová, 2006).

Bazalová, Bartoňová, Pipeková (2007) popisují vnímání jako vývojově primární a jednodušší poznávací funkci, která je ovlivněna úrovní rozumových schopností. U osob s mentálním postižením je schopnost vnímání opožděná a omezená, má také zásadní vliv na jejich psychický vývoj. Nezanedbatelným problémem je zpomalené tempo vnímání a značně zúžený rozsah vnímání. Takto zúžené vnímání ztěžuje jedinci orientaci v novém prostředí a neobvyklých podmínkách. Vnímání osob s mentálním postižením má své charakteristické zvláštnosti, při pozorování skutečnosti špatně chápou souvislosti a vztahy mezi předměty.

Nejvýraznější zvláštností vnímání je **inaktivita**, k tomu se přiklání i Švarcová (2006), při pohledu na nějaký obraz či předmět neprojevuje jedinec zájem poznat vlastnosti a detaily daného předmětu, stačí mu jen poznání povrchní, na obraz nebo předmět se nedívá jako na celek. Podle Vodákové, Dytrtové, Cettlové, Beránka (2007) osoba s mentálním postižením nedokáže samostatně odlišit podstatné a nepodstatné znaky pozorovaných objektů, mají také problém při hledání shody a rozdílu srovnávaných objektů.

S **vnímáním** a **myšlením** souvisí **pozornost**, která je u osob s mentálním postižením narušená. Pozornost je schopnost zaměřit vědomí na určitou činnost, děj, předmět nebo myšlenkový proces, úmyslně či spontánně. U těchto jedinců se pozornost vyznačuje nedostatkem koncentrace, jedinec je značně unavený a maximální doba jeho soustředění je 15-20 minut, což se projevuje na výsledcích učení (Müller, 2001).

„Záměrná pozornost mentálně postižené osoby vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost rozdělit se na více činností. Je pro ni charakteristické, že s nárůstem kvantity výkonu narůstá i počet chyb“ (Kysučan, 1982, citovaný, Valenta, Müller, 2003).

Paměť

„Bez paměti se nemůže utvářet osobnost člověka, protože bez hromadění minulé zkušenosti nemůže vzniknout jednota způsobů chování a určité soustavy vztahů k okolnímu světu“ (Rubínšteinová 1973, citovaná Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, str. 24).

Definice podle Müllera (2001, str. 38): *„Paměť je základní psychická funkce, která umožňuje všítipit, podržet a vybavit mnohé z informací, jenž se staly obsahem lidské psychiky a*

lidského vědomí. Paměť je základem většiny duševních procesů, paměť uchovává zkušenosti a znalosti pro použití v každodenních činnostech. Paměť je společně s percepcí obsahem první signální soustavy“.

Dle Švarcové (2006) má paměť u osob s mentálním postižením svá specifika. Typickým znakem je pomalé tempo osvojování nových poznatků a nestálost jejich uchování, které jsou spojena s nepřesností ve vybavování, k tomu se přiklání i Valenta, Müller (2003). Podle Švarcové kvalitu paměti výrazně snižuje i nízká úroveň myšlení. Osvojené dovednosti a poznatky rychle zapomínají a nedokážou je včas a vhodně využít v praxi. Paměť je závislá i na hloubce postižení, je třeba mnohé opakování.

Osoby s mentálním postižením mají poruchy ve vývoji paměti a také zvláštnosti logického zapamatování. *„Převládá u nich paměť mechanická, zprostředkované způsoby zapamatování jsou pro ně méně dostupné pro opoždění jejich celkového vývoje, a tedy i vývoje paměti“* (Vodáková, Dytrtová, Cettlová, Beránek, 2007, str. 25).

Emoce

„Emoce lze definovat jako schopnost reagovat na různé podněty prožitkem libosti a nelibosti s vnějšími projevy. Funkcí emocí je základní orientace a regulace směřující k adaptaci na dané podmínky“ (Vágnerová, 2004, citovaná Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, str. 26). Podle Valenty, Michalíka, Lečbycha a kol. (2012) emoce přímo souvisí s úrovní kognice (poznávání), u osob s mentálním postižením dochází k opoždování kognitivního vývoje, znatelně je omezená přizpůsobivost jedince k prostředí. Projevují se poruchy přizpůsobení, vysoká úzkost, deprese, ale i emoční poruchy a emoční labilita.

Emocionalita je jednou z nejvýznamnějších oblastí lidské osobnosti, která výrazným způsobem ovlivňuje její prožívání a chování. U osob s mentálním postižením se emoční stránka projevuje menší schopností ovládat svoje city, v porovnání se zdravými jedinci, o čemž se zmiňuje Dolejší (1978). Při nedostatečném rozvoji citového života se u těchto jedinců můžeme pozorovat určité patologické projevy. Mezi ně patří dysforie, kdy se jedinec projevuje jako dobře naladěný, ochotný a přátelský, ale najednou se ocitá v depresivním a lítostivém rozpoložení, reaguje hněvem a rozmrzelostí. Naopak jindy se projeví euforie, stav dobré a povznesené nálady, kdy se nepřestává smát, i když k tomu není důvod a děje se něco nepříjemného (Švarcová, 2006).

2 Sociálně terapeutická dílna

Zákon č. 108/2006 Sb., § 67, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a Vyhlášky č. 505/2006 Sb, charakterizuje sociálně terapeutickou dílnu, jako jednu z forem sociální služby, jedná se o sociální službu ambulantní a řadí se do služeb sociální prevence § 53. Tato služba upravuje podmínky pro poskytování služeb osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou schopné umístit se na otevřeném nebo chráněném trhu práce.

Záměrem je dlouhodobě a pravidelně působit na vytvoření nebo znovuvytvoření, zlepšování a udržení pracovních návyků a dovedností jedince s postižením prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

„Základní činnosti při poskytování sociální služby v sociálně terapeutické dílně (z. č.108/2006 Sb., o sociálních službách):

- *Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu*
- *Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy*
- *Nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění*
- *Podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností“*

MPSV (2015) popisuje **činnosti sociální služby v sociálně terapeutické dílně** takto:

- Zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, dále pomoc při přípravě stravy přiměřené době poskytování služby.
- Nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování, nácvik oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, nácvik přesunu na vozík a z vozíku.
- Podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností, nácvik a upevňování motorických, psychických, sociálních a pracovních schopností a dovedností.
- Pomoc při obnovení nebo upevnění, zprostředkování kontaktu s přirozeným sociálním prostředím.

2.1 Principy a cíle poskytované služby

Sociálně terapeutická dílna je místem, kde může člověk bezpečně rozvíjet svůj potenciál v pracovní oblasti. Současně představuje další stupeň v přechodu člověka směrem k následným úrovním, a to na chráněný nebo otevřený trh práce. To platí pro ty klienty sociálně terapeutické dílny, jejichž pracovní potenciál není z různých důvodů limitovaný do té míry, že by jim znemožňoval uplatnit se na chráněném nebo pak i na otevřeném trhu práce, udržet se na něm a obstát. Pro ty klienty, kteří nemohou postoupit na další úroveň, může sociálně terapeutická dílna představovat prostor, kde lze smysluplně provozovat pracovní činnosti, které sice neuplatní ani na chráněném nebo na otevřeném trhu práce, avšak umožňují jistou seberealizaci v rámci maximální možné aktivace pracovního potenciálu člověka.

Pobyt uživatele v sociálně terapeutické dílně by měl být omezen na co nejkratší dobu, vzhledem k účelu tohoto druhu sociální služby, jímž je prostřednictvím sociálně pracovní terapie zvýšit šance uživatele na začlenění se na chráněný nebo otevřený trh práce. Smyslem poskytování sociálních služeb není klienty ve službách uměle konzervovat. Přesně naopak je potřeba mít stále na zřeteli jednu ze základních zásad v poskytování sociálních služeb, a to, že sociální služby mají působit na klienty aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování jejich nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začlenění (MPSV, 2015).

3 Ergoterapie

Ergoterapie pomáhá klientovi k maximální míře soběstačnosti v aktivitách, které jsou pro něj důležité, v jeho nezávislosti a samostatnosti. Rozvíjí schopnosti člověka s postižením, tak aby se začlenil do plnohodnotného života a společnosti. Nabízí osobám s mentálním postižením činnosti, které nemůžou vzhledem ke svému postižení dělat v běžném životě. Ergoterapii lze uplatnit v sociální sféře, ve zdravotnictví a také ve speciální pedagogice.

3.1 Expresivní terapie

„Expresa neboli výraz, je zvláštním typem lidské aktivity, v níž člověk spontánně a s důrazem na formu projevu vyjadřuje své vnitřní psychické stavy, dojmy, pocity, nálady a s nimi spjaté zkušenosti nebo poznatky“ (Müller a kol., 2014, str. 63).

„Expresivní terapie znamená, že tyto terapie pracují s výrazovými uměleckými prostředky, které mohou být svou povahou hudební, dramatické, literární, výtvarné nebo pohybové“ (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, str. 21).

Vymětal (in Müller a kol. 2014) popisuje expresivní terapie, jako terapie postavené na umělecké expresi, kde se vyjadřují vnitřní pocity a vztahy k lidem prostřednictvím specifického prostředku, uměleckého média. Expresivní terapeutické postupy redukuje úzkost a uvolňují skryté tendence člověka.

Ve speciální pedagogice se využívají expresivní terapie, které slouží jako vhodná alternativní pomoc, hlavní či jako pomocná metoda. Expresivní terapie mohou sloužit jako vhodná metoda prevence, rehabilitace (předpracovní rehabilitace nebo psychosociální rehabilitace), resocializace a terapeuticko - výchovné péči. Využívají je odborníci v pomáhajících profesích (psychoterapeuti, ergoterapeuti, speciální pedagogové, psychologové, rehabilitační pracovníci, lékaři atd.). Expresivní terapie mají široké uplatnění ve speciálně pedagogické péči. Využívají se u dětí, dospělých i seniorů, ale i u osob se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním, u ohrožených a narušených jednotlivců a osob znevýhodněných v důsledku jazykové, etnické či národnostní odlišnosti a vyššího nadání a talentu (Valešová Malecová, 2011).

Využití expresivních terapií v rámci speciálně pedagogické intervence je podle Valešové Malecové (2011) v těchto oblastech:

- Ulehčení orientace
- Reedukace narušených funkcí
- Rozvoj komunikačních a sociálních dovedností, osvojení nových způsobů chování
- Relaxace, emoční odreagování vybitím napětí, zvládání zátěže
- Rozvoj zdravého sebevědomí
- Podpora reálných aspirací, předpracovní výchova
- Podpora samostatnosti
- Podpora a rozvoj zájmů
- Harmonizace osobnosti
- Podpora celkové vývoje klienta
- Podpora ve školním prostředí

Müller (2005) jako prostředky terapie připomíná jednotlivé druhy umění, jako je hudba, dramatické umění, literatura a výtvarné umění. Tyto terapie jsou rozšířené ve školách, školských zařízeních a dalších zařízeních zabývajících se vzděláváním osob s postižením.

Podle terapeutických možností lze mezi expresivní terapie zařadit například ergoterapii, dramaterapii, arteterapii, poetoterapii, muzikoterapii, taneční a pohybovou terapii, teatroterapii, biblioterapii. Ve své práci se zmiňuji o některých z těchto terapií.

Arteterapie

Arteterapie se rozděluje na **receptivní**, která je založena na vnímání uměleckého díla s cílem pochopení svého nitra a **aktivní**, kdy jedinec aplikuje konkrétní výtvarné činnosti. Výtvarné činnosti zahrnují kresbu, malbu, koláž, práci s hlínou, pískem, dřevem, kamenem, sádrou, sklem a s dalšími materiály. U malby se zkoumá volba jednotlivých barev, která má v arteterapii určitý význam. Vliv barvy a barevných kombinací má vliv na psychické a fyzické zdraví člověka (Šicková, in Müller, 2005).

Dramaterapie

Definice dramaterapie podle Valenty (2011, str. 23): „*Dramaterapie je léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení stavu*

symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti“. Podle Valenty se dělí dramaterapie na drama **as Therapy**, který zahrnuje samostatný terapeutický postup a **in Therapy** využívajících postupy v rámci terapeutických škol.

Poetoterapie

Definice podle Svobody (2007) : *„Poetoterapii lze definovat jako terapeutickou metodu, která využívá prvků poezie za účelem navození žádoucího prožívání, chování a jednání klientů*“. Není zacílena pouze léčivě, ale preventivně a rehabilitačně. Je to terapie poměrně mladá, vznikla jak důsledek stále rozšířenějšího využívání poezie k terapeutickým účelům. Poetoterapie pracuje s hudebními a melodickými prvky, které se v psané poezii skrývají.

Biblioterapie

Pojem biblioterapie pochází z řeckého „biblion.- kniha“ a „therapeia – léčba“. Biblioterapie se tedy rovná léčba knihou (Valenta, Müller, 2003).

Svoboda (2007) ve své knize publikuje biblioterapii jako terapeutickou disciplínu, která využívá mluveného a psaného slova. Využívá je k navození žádoucího prožívání, chování a jednání klienta individuálně a společensky prospěšným směrem.

Muzikoterapie

Kantor, Lipský, Weber a kol. (2009, str. 27) ji definují takto: *„Muzikoterapie je použití hudby nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb*“.

3.2 Charakteristika a definice ergoterapie

Pojem ergoterapie je odvozen od řeckého slova „ergon-práce“ a „therapia-léčba, terapie“. V českém jazyce se ustálil výraz ergoterapie, ačkoli je často zaměňován za původní název léčba prací. Tento starší termín pro ergoterapii nelze považovat za adekvátní, proto se

odborníci přiklánějí k výrazu ergoterapie. V anglosaské literatuře je název profese ergoterapie „occupational therapy“, v angličtině „to occupy“ znamená zaměstnat, něčím se zabývat nebo se něčemu věnovat, být činný. V některých evropských jazycích (němčina, norština, holandština, francouzština, dánština) se v 60. letech 20. stol. začal používat výraz ergoterapie místo původního pojmenování pracovní terapie (Křivošíková, 2011).

Dalším používaným vyjádřením ergoterapie je činnostní terapie. Tento termín je považován za téměř stejný jako výraz ergoterapie. Zaměřuje se na činnost, kterou chápeme jako výsledek souhry otevřeným systémem člověka a okolím. Zaměstnávání podporuje schopnost člověka orientovat se v podnětech, úkolech a svých možnostech. Cílem je podpořit osobnostní a sociální integritu klienta (Hornáková, 2003).

Müller (2005), Klusoňová (2011), Pfeiffer (1990) ve svých publikacích uvádí ergoterapii jako zdravotnickou disciplínu, nabízející aktivní pomoc lidem v každém věku, s fyzickým, psychickým nebo intelektovým postižením, které omezuje jejich funkční kapacitu a samostatnost. Cílem je důstojný život, psychická, tělesná a sociální pohoda. Využívá se práce nebo jiných činností, přiměřených a individuálně navržených podle specifík pacienta nebo klienta.

Některé **definice organizací**, které se ergoterapií zabývají:

Českou republiku reprezentuje **České asociace ergoterapeutů (ČAE)**, která definuje ergoterapii takto (2008): *„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojmem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné“.*

Další uvedené definice podle známých světových organizací zabývajících se vymezením pojmu ergoterapie považují za hlavní cíl ergoterapie samostatnost jedince ve všech aktivitách běžného života.

Rada ergoterapeutů v evropských zemích (Council of Occupational Therapists for the European Countries, COTEC) definuje ergoterapii takto (2000): „*Ergoterapie je léčba osob tělesným a duševním onemocněním nebo disabilitou, při které se používají specificky zvolené činnosti a s cílem umožnit osobám dosáhnout maximální funkční úrovně a soběstačnosti ve všech aspektech života*“

Dle **Světové federace ergoterapeutů** (World Federation of Occupational Therapists, WHOT) je ergoterapie (2012): „*Ergoterapie je profese, která se zaměřuje na podporu zdraví a celkové pohody jedince (we-being) prostřednictvím zaměstnání či činnosti. Hlavním cílem ergoterapie je umožnit osobám plně se účastnit aktivit, všech svých každodenních činností. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle buď prováděním samotného zaměstnávání účinnosti, nebo také tím, že podporují schopnost jedince zapojit se do činnosti prostřednictvím úpravy prostředí, ve které činnost probíhá*“.

Definice pojmu ergoterapie se v historii vyvíjelo současně s rozvojem samotného oboru. Jde o poměrně mladou profesi, zahrnující mnoho složek, a proto není snadné ji definovat. Definice jsou různorodé a jejich stanovená náplň není jednotná.

3.3 Cíle ergoterapie

Cílem ergoterapie je pomáhat lidem, kteří jsou po úraze, nemocní, mají vrozenou vadu, zdravotní postižení či stárnou. Záměrem je dosáhnout maximální samostatnosti a nezávislosti klienta, pomoci obnovení, či udržení jejich schopností tak, aby se v největší možné míře mohli zapojit do společnosti. V ergoterapii mají být cíle skutečně reálné, dosažitelné, a žádoucí.

Rozlišujeme cíle **krátkodobé** a **dlouhodobé**. Měli by být formulovány pozitivně a neměly by obsahovat žádné záporny (Švestková, Svěčená a kol., 2000).

Krátkodobé cíle

Zaměřují se na udržení, rozvoj, podporu nebo kompenzaci ztráty dovedností v oblasti senzomotorické, kognitivní, psychické či sociální (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009).

Cíle jsou jednotlivé a dílčí a vedou k dlouhodobému cíli (Švestková, Svěčená a kol., 2000).

Dlouhodobé cíle

Dlouhodobý cíl je potřeba nejdříve stanovit. Jde o hlavní výsledek terapie, který terapeut stanovuje spolu s klientem (Švestková, Svěcená a kol., 2000).

Požadovaný cíl odvíjí od individuálních potřeb, cílů a preferencí jedince. Hlavním cílem je dosáhnout pro klienta uspokojivé úrovně a rovnováhy při sebeobsluze, pracovní činnosti a aktivitách volného času. Cílem je podpořit uzdravení, zlepšit psychickou pohodu a sociální začlenění (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009).

Hlavním cílem ergoterapie je, aby jedinec dosáhl maximální možné samostatnosti. Způsobilost klienta k jednání a udržení nebo zvýšení kvality jeho života. Ergoterapie také napomáhá k začlenění nebo znovuzачlenění jedince do společnosti (Vodáková, Dytrtová, Cettlová, Beránek, 2003).

Více autorů (Česká asociace ergoterapeutů 2008; Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009; Reedová, Sandersonová 1983 in Křivošíková, 2011) **cíle** více rozvádí a definují:

- Zhodnotit chování a působení jedince v oblastech výkonu zaměstnávání a jednotlivých složkách výkonu zaměstnávání.
- Podporovat zdraví a duševní pohodu osoby prostřednictvím smysluplné aktivity a zaměstnávání.
- Pomáhat ve zlepšení schopností, které osoba potřebuje pro zvládání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času.
- Umožnit osobě naplňovat její sociální role a napomáhat k plnému zapojení osoby do aktivit jejího sociálního prostředí a komunity.
- Uplatňovat terapii zacílenou na klienta (pacienta), který je aktivním účastníkem terapie a podílí se na plánování a procesu terapie.
- Posilovat osobu v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejích každodenních činností v interakci s prostředím, zvládání nároků jak sociálního, tak i fyzického prostředí.
- Nadále usilovat o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění.

3.4 Formy Ergoterapie

Ergoterapie může poskytnout klientovi ergoterapii **individuální** nebo terapii **skupinovou**. Pro každého je vhodná terapie jiná, její forma se volí podle potřeb a schopností klienta.

Individuální terapie

Křivošíková (2011) poukazuje při individuální terapii na úzkou a partnerskou spolupráci klienta a ergoterapeuta. Klient je vnímán jako expert, terapeut mu naslouchá, motivuje ho, respektuje jeho samostatnost a nezávislost, odlišné hodnoty, názory a přání. Dle toho ergoterapeut upravuje průběh ergoterapie, snaží se sladit cíle a přání klienta.

Podle Valešové Malecové (2012) se tato individuální terapie upřednostňuje, když je jednání klienta příliš nápadné, ohrožuje jiné klienty, vyžaduje individuální tempo a klient není schopný pracovat ve skupině. Ruší práci ostatních a vyžaduje neustálou pozornost terapeuta.

Skupinová terapie

Uskutečňuje se s více než 2 lidmi. Výhodou je, že může používat skupinovou dynamiku, pomáhá překonávat izolaci, podněcuje klienty. Umožňuje větší množství zpětné vazby, evokuje vyjadřování klienta, působí jako motivační a aktivační činitel, navozuje vzájemné pochopení a podporu (Valešová Malecová, 2012).

Kožnar (1992, citovaný Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009) „*Skupinovou dynamikou označujeme souhrn komplexních a vzájemných sil i protisil způsobených ve společném sociálním prostředí, ve skupině. Skupinová dynamika je daná veškerým skupinovým děním, cíli a normami skupiny, její strukturací, pozicemi a rolemi ve skupině, skupinovými interakcemi a vývojem skupinových vztahů i celé skupiny*“.

Hornáková (2003) o skupinové terapii píše, že umožňuje sociální učení, ulehčuje změnu postojů, modelů chování, vytváří příležitosti pro procvičování zralého chování a ověřuje účinnost nových postupů. Ve skupině se využívá více cvičení a technik, čímž je dění zajímavější a dynamičtější.

Skupinová ergoterapie se může uskutečňovat ve formě **zavřené** nebo otevřené **skupiny**.

Zavřená skupina

Předpokládá, že po dobu trvání terapie se nepřijímají noví členové. Výhodou je, že umožňuje zachování kontinuity práce a vytvoření atmosféry důvěry a sounáležitosti. Uzavřená skupina umožňuje jednotnější přístup a postup, také dosažení trvalejších výsledků. Nevýhodou je, že někdy mohou členové skupiny dospět na mrtvý bod, vážne komunikace, členové stagnují a nevyvíjí se (Valešová Malecová, 2012).

V uzavřené skupině je počet členů stálý, její výhodou je jednotnější přístup. Uzavřené skupiny jsou vhodné, když přicházejí klienti v turnusech nebo mají konkrétní společný problém (Hornáková, 1995, 2003).

Otevřená skupina

Hornáková (2003) popisuje otevřenou skupinu, ve které je relativně stejný počet klientů, kteří v průběhu dění přicházejí a odcházejí. V této skupině se noví členové zaslouhují o odkrytí nových problémů o větší dynamiku vztahů a dění.

Podle Valešové Malecové (2012) je výhodou této skupiny, že se noví členové dostávají rychleji do atmosféry skupiny. Rozšiřuje se tak množství zpětných vazeb, které člen dostává, s příchodem nového člena také dochází k oživení dění a aktualizaci nových problémů. Příchodem nových členů do skupiny, může ale také dojít k tomu, že se nevytvoří důvěra mezi členy skupiny a zamezí se tak otevření jednotlivých členů.

3.5 Ergoterapeutický proces

Ergoterapeutický proces je **plán**, který vytváří ergoterapeut. Je založený na přístupu k řešení problému, definuje hlavní a konkrétní cíle terapie. V plánu jsou zaznamenány schopnosti a možnosti klienta, jeho pokroky během terapie. Zaznamenává činnosti, které se klientovi daří, ale i ty které mu dělají problémy a je potřeba jejich zlepšení.

Ergoterapeutický proces podle České asociace ergoterapeutů (2007), skládá se z těchto jednotlivých částí:

- Hodnocení
- Plánování

- Terapie
- Spolupráce
- Dokumentace

Hodnocení

Na začátku každého ergoterapeutického procesu je vstupní hodnocení, během programu dochází k průběžnému hodnocení jednotlivých výstupů terapie. Ergoterapeut získává informace, jaké role klient zastává, jaké činnosti v konkrétním prostředí zvládá a naopak, které mu dělají potíže. Při hodnocení se používají standardizované i nestandardizované testy, které jsou pro klienta významné (Křivošíková, 2011).

Plánování

Výsledky hodnocení slouží jako podklady pro vytvoření plánu celého ergoterapeutického programu, zahrnují krátkodobé, ale i dlouhodobé cíle (Müller a kol., 2014).

Terapie

Terapie se orientují na programy, které jsou zaměřeny na potřeby osoby a jejího prostředí. Program terapie je vytvořen tak, aby umožňoval výkon každodenních úkonů a adaptaci v prostředí ve, kterém se klient nachází. Jde například o nácvik dovedností, používání kompenzačních pomůcek, které usnadňují nácvik sebeobsluhy, snižují bariéry prostředí, umožňují participaci. Tento proces je integrálně spjat s procesem hodnocení (Česká asociace ergoterapeutů, 2007).

Spolupráce

Dalším důležitým bodem je spolupráce s dalšími odborníky, rodinnými příslušníky, pečovateli a dobrovolníky (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009).

Dokumentace

Pro důkladnou práci klienta a ergoterapeuta je potřeba dokumentovat závěry hodnocení a pravidelně zaznamenávat výstupy terapie. Dokumentace se využívá pro monitorování účinnosti terapeutických postupů a dosažení stanovených cílů terapie. Dokumentace by vždy měla reflektovat rozsah a obsah poskytovaných služeb, terapeutické

prostředky, metody a objektivní údaje. Měla by být vedena v souladu s právními předpisy, doporučenými předpisy či standardy (Česká asociace ergoterapeutů, 2007).

Každý ergoterapeutický program má několik **fází**, které se mohou vzájemně překrývat. Každá fáze má svoje zvláštnosti, částečně určují cíle terapie a výběr jednotlivých technik.

Podle Valešové Malecové (2012) ho můžeme **fáze** rozdělit do těchto částí:

- Seznamovací fáze
- Hlavní - realizační fáze
- Fáze upevňovací
- Závěrečná fáze

Seznamovací fáze je zaměřená na seznámení klienta a terapeuta, ale také seznámení klientů mezi sebou. Cílem této fáze je motivace klientů k činnosti, vytváření atmosféry důvěry a bezpečí, odbourání napětí, prolomení bariér a uvolnění. První 3 - 4 setkání můžeme chápat jako diagnostickou fázi, kde je cílem potvrdit předpoklady a získat doplňující informace (Horňáková, 1995; Valešová Malecová, 2012).

Seznamovací fáze je také prvním kontaktem klienta a ergoterapeuta. První kontakty a dojmy dost často dopředu určují kvalitu vztahu mezi terapeutem a klientem. V této fázi se vytváří vztah, který může výrazně ovlivnit i úspěšnost terapie. (Valešová Malecová, 2012).

Hlavní – realizační fáze začíná, kdy má terapeut již ujasněné, jakých cílů potřebuje dosáhnout a jaké postupy a možnosti na jejich dosažení může uplatnit. Nabídka činností a materiálů musí umožnit dosažení terapeutického záměru (Horňáková, 1995).

Fáze upevňovací má za cíl rozvíjet a upevňovat změny, nové naučené vzorce chování, nové zručnosti, návyky, informace, názory, postoje. V ideálním případě tyto nové schopnosti a zkušenosti přinést do každodenního života. Pro nácvik některé funkce se terapeut zaměřuje na způsobilost klienta využít tyto nové schopnosti a zkušenosti do jeho každodenní situace (Valešová Malecová, 2012).

Závěrečná fáze je fází ukončení terapie s klientem. Nejde o jednorázový akt, ale o celý proces, který v optimálním případě probíhá postupně, pozvolna a nenásilně. Každý

terapeutický program má svůj konec, který je třeba pečlivě naplánovat a klienta na něj připravit. Klient by měl mít dostatek času na nácvik nových činností, jejich upevnění a postupné odpoutání od terapeuta (Valešová Malecová, 2012).

3.6 Využití ergoterapie

V ergoterapii rozeznáváme čtyři hlavní oblasti, které se vzájemně prolínají a doplňují (Pfeiffer, 1990; Vodáková, Dytrtová, Cettlová, Beránek, 2007; Müller, 2005; Krivošíková, 2011; Votava a kol., 2003):

- Kondiční Ergoterapie
- Ergoterapie cílená na postiženou oblast
- Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění
- Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti

3.6.1 Kondiční Ergoterapie

Uplatňuje se především u dlouhodobě nemocných pacientů nebo u pacientů nemocných trvale (Müller, 2005).

Při kondiční ergoterapii jde o udržení dobré tělesné kondice, ale především kondice duševní. Cílem kondiční terapie je odpoutat pozornost od nepříznivého vlivu onemocnění, udržet dobrou duševní pohodu, hlavně pokud je onemocnění dlouhodobé či trvalé. Činnosti zařazené do kondiční ergoterapie se sestavují na základě zájmů klienta, měly by ho těšit a klient by je měl dělat s chutí. Výsledky by měly klienta motivovat k další činnosti, je také třeba vybrat vhodné materiály a náměty (Vodáková, Dytrtová, Cettlová, Beránek, 2007).

Využívají se různé ruční práce, jako je pletení, tkaní, vyšívání v rámu, práce s hlínou, papírem, modelování z moduritu. Možné je řízené sledování televize, poslouchání rádia či četba. Zde jde o pasivní činnost, která se doporučuje jako odpoutání pozornosti od nemoci. Mohou se využít společenské hry, šachy, dáma, karty a člověče nezlob se. Sportovní činnosti, jako jsou kuželky, stolní tenis nebo šipky, kde se hází na cíl do terče. Kondiční ergoterapie je užitečná ve všech fázích onemocnění, lze ji ordinovat tak, aby vyplnila prázdný prostor a zároveň nerušila vyšetřovací a léčebný program (Pfeiffer, 1990).

3.6.2 Ergoterapie cílená na postiženou oblast

Cílem této terapie dle Vodákové, Dytrtové, Cettlové, Beránka (2007) je:

- zvětšení svalové síly
- zlepšení rozsahu hybnosti
- zlepšení svalové koordinace

Tato forma ergoterapie je náročná na znalost pohybového aparátu a vybavení ergoterapeutického pracoviště (Votava a kol., 2003).

Müller (2005) uvádí, že všemu předchází ergoterapeutické vyšetření a hodnocení. Vždy se cvičí nebo trénuje postižená oblast aktivním zapojením, důležitý je výběr vhodné aktivity. Nacvičuje se setrvávání v určité poloze, použití protéz po amputaci, nácvik úchopů. Cílený je trénink paměti, pozornosti, rozhodování a organizace činnosti zaměřené na postiženou oblast, zajímavá je práce s keramikou, kde se hněte a promačkává hlína. Kreslení a malování na velké ploše, důležitý je úchop tužky. Práce s pilou v dřevařské dílně nebo také házení míčku. Činnost by měla mít smysl, měla by být zaměřena na oblast, kterou chceme procvičovat, také by měla klienta motivovat.

3.6.3 Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění

Výchova osob s mentálním postižením je zaměřena na pracovní činnost, soběstačnost a nezávislost. Jejich samostatnost lze rozvíjet již v dětství, ale i v dospělosti. „*Jakákoli zvládnutelná pracovní činnost uchovává a rozvíjí jejich kompetence a dává jejich životu náplň*“ (Švarcová, 2000, str. 156, citovaná Vodáková, Dytrtová, Cettlová, Beránek, 2007).

Cílem je na základě ergodiagnostiky určit možnosti opětovného začlenění do zaměstnání a pracovního kolektivu, po úraze či dlouhodobé nemoci. Úpravou pracoviště, přizpůsobením prostředků pro práci nebo vhodnou změnou zaměstnání (Vodáková, Dytrtová, Cettlová, Beránek, 2007).

Předpracovní rehabilitace je dle Müllera (2005) jednou z hlavních oblastí ergoterapie a čím dál více se dostává do popředí. Lidé s postižením se integrují do společnosti a spolu s tím i do pracovního procesu, každý má možnost na získání pracovního uplatnění. Je možné se uplatnit na otevřeném trhu práce, v chráněných dílnách nebo podporovaných

pracovištích. Při práci s klienty spolupracuje lékař, psycholog, ergoterapeut, fyzioterapeut, logoped, sociální pracovní a speciální pedagog.

Předpracovní rehabilitace se dle Müllera (2005) skládá ze čtyř částí:

- Ergodiagnostické hodnocení, kde jde o sběr dat o klientovi.
- Interpretace testování a hodnocení, zde se pracuje již s konkrétními výsledky.
- Samotný nácvik pracovních dovedností, většinou se tak děje na modelových situacích, které jsou různě fyzicky a psychicky náročné.
- Při pracovním pokusu se klient začlení do pracovního procesu, může jít o návrat do původního zaměstnání, vstup do chráněných pracovišť nebo pracovišť podporovaných.

Podle Müllera (2005) je práce vysoce hodnocen a její ztráta má na člověka negativní dopad, jednak finanční, sociální, ale také psychický. Práce naplňuje potřebu smysluplné aktivity, lze dosáhnout určité pozice ve společnosti, ukázat, že něco umím.

3.6.4 Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti

Podle Pfeiffra (1990) se ergoterapie využívá u všech závažnějších postižení. Aktivní výchova napomáhá k soběstačnosti, především v oblasti hygieny, oblékání, jídla, použití WC, ale i mobility.

Zabývá se prostředky a sociálními dovednostmi, ke kterým patří nákup, praní také vaření, dále různé záliby. Cílem je dosažení soběstačnosti v běžných denních činnostech. Je nutno vzít v potaz potenciál, povahu a dovednosti klienta (Vodáková, Dytrtová, Cettlová, Beránek, 2007).

Tyto činnosti se dle Müllera (2005) zaměřují na věci, kterými se zabýváme v každodenním životě, aniž bychom jim přikládali nějaký význam a které vykonáváme téměř rutinně.

3.6.4.1 Nácvik soběstačnosti v ADL

Activities of Daily Living (ADL) jsou činnosti zaměřující se aktivity každodenního života (AKŽ), které děláme téměř rutinně. Osoba s jakýmkoli postižením může mít s aktivitami všedního dne tzv. ADL velké obtíže. Působením nemoci, těžkostí způsobené postižením nebo poruchou přerůstají v omezení, které se projevují závislosti člověka na jiné osobě, technických pomůckách nebo úpravě prostředí (Müller, 2005).

Podle Křivošíkové (2011) probíhají činnosti ADL přímo v domácím prostředí a ergoterapeut využívá různé kompenzační pomůcky. Aktivity všedního dne se dělí na **personální ADL** a **instrumentální ADL**.

Personální ADL

Personální (základní) ADL jsou aktivity, zahrnují samoobslužné činnosti, které se dotýkají přímo lidských potřeb a jedinci pomáhají fungovat v domácím prostředí (Müller, 2005; Votava, 2003).

Dle autorů (Müller, 2005; Votava, 2003) do těchto **činností** patří:

- Osobní hygiena - koupání, holení, použití toalety, čištění zubů
- Oblekání - schopnost se obléci a svléci si oděv, použití zipů, knoflíků
- Stravování - příprava jídla, použití příboru, samostatně se najíst
- Mobilita/přesuny - přesun na lůžko nebo vozík, schopnost samostatně chodit

Instrumentální ADL

Instrumentální (pomocné) ADL se zabývá prostředky a sociálními dovednostmi. Cílem je dosažení soběstačnosti v běžných denních činnostech. Je nutno vzít v potaz potenciál, povahu a dovednosti klienta (Valešová Malecová, 2012; Votava, 2003)

Dle autorů (Valešová Malecová, 2012; Votava, 2003) do těchto **činností** patří:

- Starost o domácnost - nákup jídla, příprava jídla, úklid domácnosti
- Starost o další členy domácnosti a domácí zvířata - poskytování starosti o další členy rodiny, starost o děti, krmení zvířat a jejich venčení
- Společenský život - manipulace s penězi, použití veřejné dopravy, jízda autem

- Bezpečnost prostředí - schopnost zavolat první pomoc, použití telefonu, schopnost poznat nebezpečné situace
- Udržování zdraví - užívání léků ve správném dávkování, rozpoznat zdravotní rizika, objednat se u lékaře
- Manipulace s přístroji - umět používat domácí přístroje, jako je vysavač, sporák, pračka

3.6.4.2 Nácvik samostatnosti v bydlení

Samostatné bydlení je dalším významným krokem k celkové soběstačnosti. Bydlení závisí na mnoha faktorech, důležité je osamostatnění od rodiny, které je většinou dost složité. Důležitá je míra postižení, svou roli hraje, ale i dostupnost bydlení a sociokulturní prostředí. Na jedné straně hledisko architektonické, ve větší části prostředí, kde bydlíme, je málo bezbariérové, na druhé straně je zde i hledisko stigmatizace lidí s postižením (Müller, 2005).

Nácvik samostatnosti bydlení nabízí možnosti, jako je **chráněné bydlení, komunitní bydlení a podporované bydlení**.

Chráněné bydlení

Podle z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je chráněné bydlení pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Služba obsahuje tyto základní činnosti, jako jsou poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy. Pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, dále zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti. Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (MPSV, 20115; Valešová Malecová, 2012).

Komunitní bydlení

Müller (2005) uvádí, že komunitní bydlení je postaveno na základě chráněného bydlení, v domě je vždy přítomna služba, která kdykoli může zasáhnout pro potřeby klienta, možnost pobytu je zde delší.

Podporované bydlení

Černá a kol. (2008) popisuje tuto službu, jako službu sociální poskytovanou osobám se zdravotním postižením, kteří potřebují pomoc jiné osoby.

Klient bydlí ve svém vlastním bytě a ergoterapeut nebo asistent za ním dochází dle potřeby (Valešová Malecová, 2012).

3.6.5 Ergoterapie u osob s mentálním postižením

Přístup ke klientovi z hlediska ergoterapie je velmi individuální. Stanovování cílů činností v ergoterapii u osob s tímto postižením je také ovlivněno několika **faktory**, jako jsou:

- Osobnostní předpoklady klienta
- Míra postižení podle stupně a etiologie
- Věk

Ergoterapie u osob s mentálním postižením se zaměřují na tyto **činnosti** (Müller, 2005):

- Nácvik ADL (personální a instrumentální)
- Nácvik sociálních dovedností a sociální interakce
- Předpracovní rehabilitace, práce v chráněných dílnách
- Nácvik modelových činností a situací
- Nácvik samostatného bydlení, chráněné bydlení
- Důležitá je komunikace s rodinou

Podle Horňákové (1995) je program ergoterapeutického cvičení u osob s mentálním postižením potřeba vypracovat pro každého klienta zvlášť. Vychází z hodnocení jeho předpokladů, úrovně zručnosti a aktuálních praktických problémů. Plán má obsahovat krátkodobé cíle a návrh postupu, jak jich dosáhnout. Plán je třeba pravidelně vyhodnocovat a sledovat úspěšnost zvolených postupů. Když se ukáže, že plán není pro klienta aktuální a vyžaduje změnu, je důležité si poznamenat všechny okolnosti, vlastní názor a odůvodnění

změn. Pružnost je potřebná i v průběhu jednotlivých zaměstnání, které jsou potřeba neustále individuálně přizpůsobovat i přes účasti na společenském životě, že individuální výkonnost není stejná.

Hornáková (1995) uvádí smysluplné zaměstnávání osob s mentálním postižením, které vede k naplnění života a cestu k jiným lidem. Poskytuje jim příležitost účastnit se společenského života, společná činnost tak odstraňuje jejich izolaci a je podněcující. Hlavním úkolem je vytvářet předpoklady pro optimální vývoj, při rozvoji osobnostních předpokladů, je třeba se zaměřit na komplexní rozvoj psychických procesů a cíleně také na narušené funkce. Ergoterapie se může zaměřit i na činnosti, které mohou klienti využít v pracovní sféře. Mentálně postižený člověk potřebuje soustavnou podporu ze strany rodiny a společnosti.

Při práci s osobami s mentálním postižením v ergoterapii platí určitá **doporučení a zásady** (Vodáková, Dytrtová, Cettlová, Beránek, 2007; Valešová Malecová, 2011):

- Jasně vymezit cíle a prostředky k jeho dosažení.
- Názornost při předvádění činností, zdůvodňování postupů, výběru materiálu a náradí.
- Požadavky musí být přiměřené mentální úrovni osob, se kterými pracujeme.
- Postupuje se od nejjednodušší činnosti ke složitější, podstatné je soustavné opakování základních pracovních úkonů.

3.6.6 Ergoterapie v sociálně terapeutické dílně

V této kapitole se pokusím o srovnání zkušeností s využitím ergoterapie v sociálně terapeutické dílně u osob s mentálním postižením. K porovnání jsem vybrala několik zřizovatelů této služby Charita Hlučín, Domov Harcov, Zahrada Kladno, Charita Opava, Naděje Otrokovice, Sagapo Bruntál, tyto informace jsou dostupné na internetových stránkách těchto organizací. Organizace jako jsou, charity, spolky, domovy pro osoby se znevýhodněním, příspěvkové a neziskové organizace vymezují dílnu stejným způsobem a to dle zákona č. 108/2006 Sb., § 67, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a Vyhlášky č. 505/2006 Sb. Definují dílnu jako jednou z forem sociální služby, jedná se o sociální službu ambulantní a řadí se do služeb sociální prevence.

Do cílové skupiny této služby patří osoby s mentálním postižením, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci. Jedinci, kteří potřebují pomoc při pracovním uplatnění a péči o vlastní osobu, dále pomoc při zajištění soběstačnosti a integraci do většinové společnosti

(Charita Hlučín; Domov Harcov; Zahrada Kladno; Charita Opava; Naděje Otrokovice; Sagapo Bruntál; 2015).

Nepříznivou sociální situaci mohou provázet tyto **jevy**:

- Neúspěch při prosazování se na běžném trhu práce
- Neschopnost uplatnit se v chráněných dílnách
- Nedostatek pracovních návyků
- Nedostatek společenských kontaktů a vztahů
- Zhoršený zdravotní stav, z toho vyplývající osamělost, pocit nenaplněnosti a neužitečnosti

Posláním této služby je pomoci osobám se zdravotním postižením při rozvoji pracovních návyků a dovedností, podpořit jejich schopnosti pro samostatný život a pracovní uplatnění. Dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie, umožňuje zkvalitnění života osob s mentálním postižením. Usiluje o smysluplné zaplnění volného času uživatelů, jejich začlenění do běžného života a také prevenci sociálního vyloučení. Principem poskytované služby je individuální přístup vzájemná úcta a respekt k sobě i druhým. Významné je jednání s uživatelem jako rovnocenným partnerem, je třeba respektovat jeho svobodné volby a podstatná je orientace na pozitivní stránky uživatele (Charita Hlučín; Domov Harcov; Zahrada Kladno; Charita Opava; Naděje Otrokovice; Sagapo Bruntál; 2015).

Slowík (2007) a Klusoňová (2011) charakterizují ergoterapeutické dílny jako dílny s různým zaměřením, nabízející i možnosti psychomotorického a sociálního rozvoje klientů. Popisují ergoterapeutické činnosti, které jsou chápány, jako veškeré činnosti, kterými se člověk zabývá. Pracovní i zájmové činnosti, výtvarné, kreativní, obecné pracovní dovednosti, běžné denní činnosti, ruční a řemeslné práce, v předpracovní činnosti to jsou pracovní dovednosti a trénink pracovní vytrvalosti.

Každý zřizovatel takovéto sociální služby si velikost dílny s počtem klientů a typem dílny určuje sám, záleží na finančních možnostech každého zřizovatele. Také nabídka služeb je závislá na zdrojích a potřebách dané lokality. Služba, je dle zákona 108/2006 Sb., poskytována zdarma, tudíž je pro zřizovatele velice nákladná. Financování této dílny je z několika zdrojů, jako jsou např. projekty hrazené z prostředků strukturálních fondů Evropské

unie. Dotace poskytují kraje, města a obce, důležitou součástí financování dílen jsou sponzoři. Peníze lze získat také prodejem výrobků vyrobených klienty v dílnách.

Veškeré činnosti v dílnách rozvíjí mnoho dovedností, které se dějí v pozadí a klienti si je mnohdy ani neuvědomují. Sociálně terapeutická dílna využívá rukodělných činností uživatelů, zaměřených na získání potřebných dovedností pro uplatnění na trhu práce. Nejčastěji jsou dílny zaměřeny na textilní výrobu, na výrobu svíček, košíků a keramiky. Dále jsou zřizovány truhlárny, tkalcovny a dílny se zaměřuje i na zahradnické práce. Uvedené činnosti jsou využívány i při jednotlivých ergoterapeutických programech v závislosti na kvalifikaci personálu a vybavení dílen.

Rozvojem pracovních návyků v sociálně terapeutické dílně se myslí podpora v pravidelné docházce do dílen nebo omluvení absence. Dalším bodem je ovládání technologických postupů na jednotlivých výrobcích, zde se podporuje samostatná práce klienta na zadaném úkolu. Klient by se měl umět orientovat v dílně tak, aby věděl, kde jsou jaké pomůcky a materiály důležité k práci. Kde si je může vzít a kam je má vrátit, také, kde si ověřovat pracovní postupy. Pro zájmovou činnost a zaměstnávání klientů s mentálním postižením je použitý materiál a činnost ovlivněna několika faktory, které jsou, specifické vlastnosti a schopnosti klientů a také věk. V každé dílně je potřeba klienta poučit o bezpečnosti práce, je nutný náležitý dohled. Je nutná stálá motivace klientů pochvalou nebo odměnou.

V rámci ergoterapie na dílnách se v uvedených zařízeních zaměřují hlavně na nácvik soběstačnosti, a to v návaznosti na činnosti v domácnosti a chráněném bydlení, výběr a nácvik používání vhodných pomůcek, podporu zájmových činností, celkovou aktivizaci a komunikaci. Mnozí zaměstnanci upozorňují hlavně na potřebu rozmístění klientů v dílně s ohledem na vzájemnou snášenlivost a vhodné prostředí, aby aktivity mohly probíhat v klidu. Dobrou praxí je také zahrnout do programu aktivit či činností nápady klientů, aby si aktivitu více užívali. Někteří zdatnější klienti mají radost, když mohou pomoci ostatním a uplatnit tak svou zkušenost. Takto jsou pak všichni spokojenější a aktivity je více baví.

V dílnách se personál zaměřuje i na způsob provedení činností a pracovní polohy (stoj, sed a jejich střídání). Je vhodné nezapomenout na výběr tématu, materiálu a pomůcek s ohledem na věk, zájem a schopnosti klienta. Pokud se podaří vhodně sladit klientův program (oslava narozenin a jiných výročí) a zvyklosti v jednotlivých ročních obdobích (Velikonoce, Vánoce atd.) se zaměřením denních aktivit, je možné výrobky mnohem lépe využít jak v soukromém životě, tak i pro prodej. Některé výrobky lze uplatnit i ke zkrášlení prostředí např. v chráněném bydlení apod. K nejvíce používaným materiálům patří papír, látky,

korálky, dřevo, pedig, keramická hlína atd. V jednotlivých obdobích se osvědčilo využít přírodní materiály jako listy, kaštany, šípky, byliny a další, tyto materiály může klient vnímat všemi smysly.

4 Návrh ergoterapeutického programu

Ověřování praktické části bakalářské práce probíhalo v sociálně terapeutické dílně „Zahrada“ poskytovatele sociálních služeb Kladno, kde jsem zaměstnána jako pracovník sociálních služeb v přímé péči. Klienti zde mohou využít několik dílen, jako např. dílnu textilní, výtvarnou a keramickou, ale také počítačovou učebnu.

Ke zpracování praktické části jsem použila tyto **metody**:

- Studium a analýzu odborné literatury
- Analýzu dostupné dokumentace
- Pozorování a přímou práci s klientem při pracovní činnosti
- Zúčastněné pozorování

4.1 „Zahrada“ poskytovatel sociálních služeb

„Zahrada“ poskytuje sociální služby osobám s mentálním postižením a osobám se souběžným postižením více vadami.

„Zahrada“ zajišťuje pět služeb:

- Domov pro osoby se zdravotním postižením
- Týdenní stacionář
- Denní stacionář
- Chráněné bydlení
- Sociálně terapeutickou dílnu

V „Zahradě“ mají klienti možnost společenského, kulturního a sportovního využití, které nabízí město Kladno. Důraz je zde kladen na co největší samostatnost klientů a na jejich pracovní uplatnění. V „Zahradě“ je realizován program, který má za cíl skutečně přiblížit podmínky života v zařízení životu v běžném prostředí. Každý klient má svého klíčového pracovníka, který je garantem individuálního plánování, zpracovávaného na základě osobního profilu klienta. Klíčový pracovník zajišťuje požadavky a přání klienta a pomáhá mu je prosadit. Zároveň pomáhá klientovi v rozhodování, uplatňování jeho práv a orientaci v běžném životě. Cílem „Zahrady“ je zaměstnávat co nejvíce klientů na volném trhu práce. V

současnosti klienti pracují v zemědělství na farmě, provádí drobné zednické práce, pracují v technických službách, někteří pracují v menších firmách jako pomocná síla. Obsluhují a uklízí v kavárně „Bez konce“ nebo pracují i přímo v „Zahradě“ jako pomocné síly v prádelně, v kuchyni, pomáhají při úklidu, při práci na zahradě a při údržbě celého zařízení.

4.2 Sociálně terapeutická dílna „Zahrada“

Součástí „Zahrady“ je sociálně terapeutická dílna, která nabízí služby klientům zařízení, ale také dětem a dospělým z města Kladna a okolí.

Sociálně terapeutická dílna byla vybudována z evropských fondů v rámci Regionálního operačního programu Střední Čechy a za podpory Středočeského kraje a do provozu byla uvedena 1. 3. 2010. Dílna je umístěna uprostřed areálu „Zahrady“ a její přístup je bezbariérový, dobře přístupný jak klientům, tak veřejnosti. Zájemci o tuto službu mohou využívat **textilní dílnu, keramickou a výtvarnou dílnu a dále i počítačovou učebnu.**

Financování dílny má několik zdrojů. Hlavním zdrojem financí jsou projekty, hrazené z prostředků strukturálních fondů Evropské unie. Dotace poskytuje Středočeský kraj jako zřizovatel a také město Kladno. Důležitou složkou financování jsou také sponzoři.

Provoz sociálně terapeutické dílny je každý všední den v 8,30 – 12,00 a 14,00 – 17,00 hodin. Kapacita dílny je 48 klientů každý den. Klient si sám vybírá dílnu, kterou chce navštěvovat a pracovat v ní. Někteří klienti setrvávají v dílně jedné, někteří naopak navštěvují dílny všechny. Do dílen dochází klienti ze „Zahrady“, ale i externisté na doporučení sociálních pracovníků, či lékařů. Dílnu navštěvují také děti ze speciální a praktické školy a i klienti z jiných zařízení. Vzhledem k tomu, že mají dílny v současnosti 163 klientů, je třeba, aby byl vypracován plán docházky do dílen, který se každý měsíc mění.

Sociálně terapeutická dílna je bezplatná ambulantní služba, o kterou je poměrně velký zájem. Služby v této dílně jsou určeny těm, u nichž jsou zachovány schopnosti umožňující zapojení se do aktivit a činností. Dětem, mládeži a dospělým s mentálním, smyslovým, tělesným a souběžným postižením více vadami. Dětem a mládeži v psychosociální krizi, dále lidem s psychickým onemocněním, které není v akutní fázi a nevyžaduje hospitalizaci.

S klientem je podepisována smlouva na dobu jednoho roku, nejdéle však na 2 roky. Součástí smlouvy je osobní cíl uživatele, který se dále rozpracovává v individuálním vzdělávacím plánu. Každý klient má svého klíčového pracovníka, který s ním na plánu spolupracuje na základě jeho aktuálních potřeb a přání.

V dílně pracují pedagogičtí pracovníci a pracovníci v sociálních službách, kteří absolvovali rekvalifikační kurz dle požadavků zákona č.108/Sb., o sociálních službách. Každý terapeut musí sám dobře ovládat nacvičovanou pracovní činnost, znát technologické postupy své práce a mít promyšleny detailní úseky, kterým je potřeba věnovat zvýšenou pozornost.

Aktivita nabízená v sociálně terapeutické dílně:

- textilní dílna
- výtvarná dílna
- keramická dílna
- počítačová učebna

Textilní dílna

Textilní dílna nabízí klientům základy šití na šicím stroji. Klienti zde mohou vyrábět tašky, polštářky, chňapky a ubrusy, textilní hračky a také různé aplikace a koláže z textilu. Učí se zde různé ruční práce, jako je vyšívání, pletení a háčkování. Pod dohledem terapeuta pracují uživatelé se žehličkou, nůžkami a šicím strojem. Vždy je nutné poučení o bezpečnosti práce.

Výtvarná dílna

Ve výtvarné dílně se používají různé výtvarné techniky, jako je batikování, malba na sklo a hedvábí. Maluje se pastelkami, voskovkami, oblíbené jsou prstové barvy, používají se zde také vodovky. V dílně je možné naučit se drátkovat, používat ubrouskovou techniku, vyrábět svíčky. Pracuje se s papírem, který se stříhá, trhá a lepí, je z něj možné tvořit různé koláže.

Keramická dílna

V keramické dílně se pracuje s hlinou, která se hněte, mačká, promačkává a modeluje. Dílna nabízí modelování keramiky z hroudy, válečků a plátů. Klienti mohou pracovat na povrchových úpravách výrobků, glazovat a používat různé techniky práce. Vyrábí různé drobné předměty, hrnečky, zvonkohry, hrnečky a misky.

Počítačová učebna

V počítačové učebně jsou k dispozici počítače s velkým dotykovým monitorem, ovládají se speciální tyčkou na počítače, ale i prstem ruky. Klienti zde mohou používat k ovládání počítače klasickou počítačovou myš, ale i myš speciální pro osoby s potížemi hybnosti ruky. Uživatelé se v této dílně mohou učit základy práce na PC, seznámí se s jeho funkcemi a obsluhou. Učebna nabízí mnoho didaktických programů uzpůsobených pro osoby se speciálními potřebami. Oblíbený je také Internet a různé sociální sítě. Někteří klienti zde poslouchají hudbu nebo sledují filmy.

Prodeje výrobků

Možnost zapojit se do výroby vlastních výrobků je pro klienty žádaná činnost. Každoročně se pořádají akce, kterých se zaměstnanci dílny a její uživatelé účastní a kde je také možné výrobky prodávat. Mezi oblíbené akce patří Berounské trhy, prodeje na zámku v Nelahozevsi, Kladenské dvorky, Rynholecký jarmark a prodeje v centrále Středočeského kraje.

Každoročně se pořádá velikonoční a vánoční prodej ve firmách, jako je ČEZ a ČSOB, které si sami klienty cíleně zvou, aby zde své výrobky prodávali. Celoročně je možné výrobky zakoupit přímo v sociálně terapeutické dílně, která je přístupná veřejnosti. V dílně je možné vidět, jak uživatelé pracují, jak zhotovují celý výrobek nebo se na výrobě výrobku nějakým způsobem podílí. Ne každý klient zvládne celý výrobek zhotovit od začátku až do konce. U pořádání prodejních akcí uživatelé vidí, že je o jejich výrobky zájem, což je motivuje k další práci.

4.3 Ergoterapeutický program

Hlavním cílem mé práce bylo vytvořit ergoterapeutický program pro osoby s mentálním postižením. Zvolila jsem individuální formu ergoterapeutického programu, neboť tato forma programu je pro tyto osoby nejvhodnější. Cíl ergoterapeutických setkání jsem formulovala na základě individuálního plánu každého klienta. Program vychází z hodnocení předpokladů klienta, úrovně zručnosti, stupně mentálního postižení a aktuálních praktických problémů, dále také přání uživatele služby.

Pro uvedení do problematiky ergoterapie jsem doložila stručnou charakteristiku těchto klientů a popsala jednotlivá ergoterapeutická setkání. V sociálně terapeutické dílně se využívají prvky ergoterapie při výrobě různých výrobků. Klienti také mohou pracovat s různými materiály, nabízí se zde také možnost smysluplně trávit volný čas vhodnou činností nebo aktivitou.

Navržený ergoterapeutický program se skládá z pěti setkání se dvěma klienty, zmiňovanou individuální formou. Program probíhal jednou týdně a trval 45 - 90 minut. Délka setkání je pouze orientační, protože je potřeba brát v úvahu náladu a rozpoložení klienta a na základě těchto skutečností vhodně přizpůsobit časový plán těchto setkání. K ověřování účinnosti navrženého ergoterapeutického programu jsem využila zúčastněné pozorování klientů. V textu o sobě píši, jako o terapeutce.

PRVNÍ KLIENT

Panu Martinovi je 41 let, jeho míra postižení je na úrovni středně těžké mentální retardace. Zvládá základy trivia, má ale problém s rozpoznáním hodnoty peněz. Muž se narodil do úplné rodiny. Bratr se sestrou i oba rodiče jsou zdraví. Matka je v důchodu, otec pracuje ve strojírenství. Po narození rodina nezvládla, že se narodilo postižené dítě, vychovával ho dědeček. Klient docházel do denního stacionáře, později bydlel v domově pro osoby se zdravotním postižením, v současnosti bydlí v chráněném bydlení.

V oblasti personální ADL je klient úplně samostatný. Klient se cítí sám sebou nejistý a v oblasti instrumentálních ADL potřebuje občasný dohled, kontrolu a pomoc.

Pan Martin je velmi manuálně zručný, navštěvuje nejčastěji textilní dílnu, kde se naučil šít na šicím stroji. Práce se šicím strojem ho velmi baví, umí si ho sám navléknout a připravit k práci. Je také schopný si stroj sám také vyčistit, s výměnou žárovky a jehly do stroje mu pomáhá terapeutka. V textilní dílně používá i parní žehličku, se kterou se naučil pracovat, rád žehlí. Cíl tohoto programu je zaměřen na rozvoj a zlepšení manuální zručnosti klienta, rozvoj jemné motoriky a rozvoj kognitivních funkcí.

Základní informace o ergoterapeutickém programu:

Forma: Individuální ergoterapie

Postižení klienta: Středně těžká mentální retardace

Délka setkání: 90 minut

Frekvence setkání: 1 x do týdne

Počet setkání: 5 setkání

Hlavní cíl ergoterapeutického programu:

- Rozvoj kognitivních funkcí
- Rozvoj jemné motoriky
- Rozvoj a zlepšení manuální zručnosti klienta

Dílčí cíle programu:

- Rozvoj paměti, pozornosti, myšlení, představivosti, tvořivosti a kreativity
- Rozvoj jednotlivých úchopů např. válcový, dlaňový, štipkový a špetkový atd.
- Rozvoj manuální zručnosti prstů při manipulaci s předměty - stříhání, špendlení, obkreslování, stehování, šití, žehlení atd.

Cílem setkání je ušít kuchyňskou soupravu, jejíž součástí je utěrka, zástěra a chňapka.

1. SETKÁNÍ

Při prvním setkání byl klient poučen o bezpečnosti práce při práci s parní žehličkou, šicím strojem, nůžkami a špendlíky. Bezpečnost práce je nutné dodržovat při každém dalším setkání. Pan Martin byl také poučen, jak tyto nástroje používat a pracovat s nimi, také kam je bezpečně odkládat. Dále se seznámil s pravidly fungování textilní dílny.

Aktivita při setkání:

Při prvním setkání ušil klient utěrku s poutkem a rozešil zástěru s nakládanou kapsou.

Cíl ergoterapeutického setkání:

- Rozvoj pozornosti, paměti a představivosti
- Rozvoj hlavně štipkového, válcového a dlaňového úchopu
- Rozvoj manuální zručnosti - hlavně špendlení, šití, žehlení a stříhání

Průběh setkání:

Při tomto setkání klient ušil kuchyňskou utěrku s poutkem a rozešil kuchyňskou zástěru s nakládanou kapsou. Terapeutka ukázala klientovi již zhotovený výrobek, aby věděl,

na čem bude pracovat. Zástěru a utěrku nastříhla terapeutka, klient se podílel jen na šití tohoto výrobku. Následovalo vysvětlení technologického postupu a postupné zhotovení výrobku krok za krokem. Nejdříve si klient zažehlil střížní část utěrky a posléze ji obšil na šicím stroji. Následovalo žehlení parní žehličkou. Do lemu utěrky klient vložil ucho na zavěšení. Když byla utěrka již zhotovena, bylo možné pracovat na kuchyňské zástěře. Klient si obroubil vrchní díl kapsy, kapsu vyžehlil a zároveň zažehlil do rubové strany 1 cm na hrany kapsy. Zažehlil a ušil zavazování do pasu a za krk, zažehlil si střižené šikmé pruhy na začistění průramků zástěry. Zástěru dokončí při dalším setkání.

Reflexe:

Šití utěrky a zástěry klienta velmi bavilo. Klient rád pracuje se šicím strojem a parní žehličkou. Tuto práci klient zvládal převážně sám, potřeboval jen mírný dohled terapeutky. Klient si osvojoval technologický postup práce, rozvíjel své manuální dovednosti. Při tomto setkání klient ušil utěrku, práci na kuchyňské zástěře dokončí na druhém setkání. Po ukončení práce si klient uklidil své pracovní místo a uložil všechny používané předměty a nástroje na určené místo, což dělal po každém setkání.

2. SETKÁNÍ

Na začátku setkání terapeutka zopakovala panu Martinovi pravidla fungování dílny a následně ho také poučila o bezpečnosti práce. Terapeutka také panu Martinovi ukázala znovu zhotovenou zástěru, aby si klient připomněl, jak výrobek vypadá.

Aktivita při setkání:

Při druhém setkání klient došil rozpracovanou kuchyňskou zástěru.

Cíl ergoterapeutického setkání:

- Rozvoj paměti, pozornosti, představivosti a kreativity
- Rozvoj hlavně štipkového, špetkového dlaňového a válcového úchopu
- Rozvoj manuální zručnosti - hlavně špendlení, žehlení stříhání a šití

Průběh setkání:

V této části setkání klient dokončil rozpracovanou zástěru z minulého setkání. Zažhelenou kapsu přišil na zástěru, na místo, které si odměřil metrem. Začistil připraveným šikmým proužkem průramky zástěry a toto zažehlil. Zároveň si zažehlil vrchní, spodní a

boční část zástěry do rubové strany 1+1 cm. Do vrchního a bočního dílu vložil ušité proužky na zavazování za krk a do pasu, zároveň s nimi všechny zažehlené části zašil a začistil. Když výrobek dokončil, celý ho vyžehlil.

Reflexe:

Při druhém setkání pan Martin dokončil práci na kuchyňské zástěře, kterou rozpracoval při minulém setkání. Klient měl dobrou náladu a dokončovací práce na zástěře ho bavila. Opět se naučil něco nového. Při činnosti potřeboval jen drobný dohled terapeutky a ujištění, že je vše v pořádku. Při šití zástěry se klientovi zlomila jehla v šicím stroji, tu ze stroje odstranil a pod dohledem terapeutky ji sám vyměnil. Při výměně jehly je potřeba se velmi soustředit na danou činnost, neboť jehla je velmi drobná a je třeba ji umístit do malého otvoru ve stroji. Tato činnost se klientovi podařila na první pokus, z čehož měl velkou radost. Opětovně po ukončení práce používané nástroje uložil na předem určené místo a uklidil po sobě své pracoviště.

3. SETKÁNÍ

Na začátku setkání terapeutka zopakovala panu Martinovi pravidla fungování dílny a následně ho znovu poučila o bezpečnosti práce při práci s nůžkami, špendlíky a parní žehličkou.

Aktivita při setkání:

Při tomto třetím setkání si pan Martin přál naučit se nastříhat chňapku s poutkem, kdy samotná chňapka se skládá ze tří vrstev látky.

Cíl ergoterapeutického setkání:

- Rozvoj paměti, pozornosti, myšlení, představivosti, tvořivosti a kreativity
- Rozvoj hlavně štipkového, špetkového a válcového úchopu
- Rozvoj manuální zručnosti - hlavně špendlení, obkreslování, stříhání, žehlení

Průběh setkání:

Na začátku setkání terapeutka vysvětlila klientovi postup práce při stříhání této chňapky a zhotovenou chňapku mu také ukázala. Klient si připravil vrchní a spodní materiál a materiál do vnitřní části chňapky. Připravený vrchní a spodní materiál vyžehlil za pomoci parní žehličky. Dále si klient připravil stříhy, stříhačské nůžky, tužku na kreslení speciálně na

látky, krejčovský metr a špendlíky. Pan Martin si položil stříh na látku a zašpendlil si ji. Špendlíky slouží k tomu, aby mu látka při stříhání neklouzala. Poté překreslil stříhy na připravený materiál a chňapku ze tří vrstev postupně z jednotlivých látek nastříhal. Nastříhal si i poutko na zavěšení. Tuto chňapku bude šít při dalším setkání.

Reflexe:

Při této činnosti byl klient velmi neklidný, neboť ji ještě nikdy neprováděl. Byl nutný zvýšený dohled terapeutky, neboť při osvojování si nové činnosti je klient nejistý sám sebou a je z toho je nervózní. Terapeutka musela stát přímo vedle klienta a přesně ukazovat, jak při práci postupovat a kontrolovat, zda je vše v pořádku. Klient zde stříhal chňapku se stočením nůžek do oblouku, což je náročné na jemnou motoriku. Při nácviku každé nové činnosti u tohoto klienta je na nutné brát ohled na jeho opatrné a pomalé tempo a postupovat dle jeho daných potřeb. Panu Martinovi se podařilo chňapku nastříhat, z čehož měl velkou radost. Klient by chtěl stříhat chňapek více, aby se v této práci nadále zdokonaloval. Po ukončení práce klient uklidil své pracoviště a uložil používané nářadí na předem určené místo.

4. SETKÁNÍ

Na začátku čtvrtého setkání terapeutka znovu zopakovala panu Martinovi pravidla fungování dílny a následně ho poučila o bezpečnosti práce v této dílně.

Aktivita při setkání:

Při tomto setkání klient začal šít chňapku s poutkem.

Cíle ergoterapeutického setkání:

- Rozvoj paměti, pozornosti, myšlení, představivosti, tvořivosti a kreativity
- Rozvoj hlavně štipkového, dlaňového a válcového úchopu
- Rozvoj manuální zručnosti - hlavně stříhání, špendlení, stehování, šití

Průběh setkání:

Na začátku tohoto setkání terapeutka ukázala panu Martinovi již zhotovenou chňapku, aby měl klient představu, jak konkrétní výrobek vypadá. Dále terapeutka vysvětlila klientovi technologický postup výroby daného výrobku. Tento technologický postup klientovi terapeutka vysvětlovala také krok za krokem při samotné práci, kdy pan Martin začal chňapku šít. Klient dodržoval technologický postup daný terapeutkou, kdy sešil tři vrstvy látky každou

zvláště, ušil si též poutko. Následně vrchní látku otočil licem navrch a vyžehlil zároveň s ušitým poutkem. Vnitřní a spodní materiál vložil do chňapky, aby tyto tři vrstvy zkompletoval. Zároveň si tyto tři vrstvy látky k sobě sestehoval, aby držela při následném lemování rovným proužkem.

Reflexe:

Klient na výrobku pracoval pod dohledem terapeutky, než si tento technologický postup zapamatuje a osvojí. Při sešívání a otáčení jednotlivých částí výrobku pan Martin potřeboval jen částečnou pomoc terapeutky. Při kompletování všech částí vkládajících se do sebe mu terapeutka musela činnost nejdříve sama předvést a teprve potom ji klient provedl úplně sám. Tyto části k sobě následně sestehoval a připravil tak chňapku na olemování rovným proužkem. Pan Martin má rád stereotyp a při šití nového výrobku se sám stresuje. Bojí se nezdaru a špatně odvedené práce. Je nutné jej neustále povzbuzovat a chválit, také přizpůsobit práci jeho pracovnímu tempu. Tuto chňapku klient došije při dalším setkání, kdy ji bude lemovat rovným proužkem. Pan Martin po ukončení práce všechny používané nástroje a předměty uložil na místo, těmto předmětům určené, dále si také uklidil na svém pracovišti.

5. SETKÁNÍ

Při posledním pátém setkání terapeutka zopakovala panu Martinovi pravidla fungování dílny a následně ho poučila o bezpečnosti práce při manipulaci s nůžkami a šicím strojem.

Aktivita při setkání:

Při posledním setkání pan Martin došival rozešitý výrobek, olemováním hrany chňapky rovným proužkem.

Cíl ergoterapeutického setkání:

- Rozvoj paměti, pozornosti, myšlení, představivosti, tvořivosti a kreativity
- Rozvoj hlavně štipkového, špetkového a válcového úchopu
- Rozvoj manuální zručnosti - hlavně střihání, špendlení, stehování, žehlení a šití

Průběh setkání:

Při tomto setkání klient dokončoval práci na již zkompletované chňapce. Bylo potřeba všít ouško na zavěšení, které se vsívá do vnitřní části výrobku, což klient následně udělal.

Také si nastříhl a zažehlil rovný proužek, kterým je nutno hranu chňapky olemovat kolem dokola. Lemování rovným proužkem je nejnáročnější částí k dokončení výrobku. Tato zakončovací část práce na výrobku se klientovi nedařila, několikrát látku páral. Nepomohlo ani nastehování rovného proužku, látka se mu neustále hrnula pod strojem. Klient byl netrpělivý a nervózní, nakonec odmítl poslední část chňapky dokončit, z čehož byl velmi zklamáný.

Reflexe:

Při dokončování výrobku byl klient velmi nervózní, lemování rovným proužkem již zkoušel na jiném výrobku, ale práce se mu nevedla. Pan Martin všil vložené ucho na zavěšení a pokusil se začistit hranu chňapky rovným proužkem. Rovný proužek sice všil, ale bohužel se mu nepodařilo při začistění z lícové strany výrobek prošíť ozdobným stehem a tím výrobek dokončit. Jde o složitý a precizní proces a toto se klientovi nezdařilo. Je třeba velké zručnosti klienta, neboť při této práci je na šicím stroji málo místa a chňapka je úzká, což může někomu dělat problémy. Tuto část práce tedy klient nedokončil, z čehož byl velmi zklamáný, neboť se opravdu snažil tuto část práce dokončit. V závěru setkání se terapeutka s klientem shodla na tom, že na této části práce bude následně pan Martin dál pracovat. Rád by si tuto část práce osvojil, ale bude tedy třeba dalšího trénování a opakování činnosti. Klienta je třeba neustále chválit a motivovat zvláště, když se práce nedaří tak, jak by si on představoval. Po skončení posledního setkání klient opět uklidil své pracovní místo a uložil používané pomůcky na určené místo.

DRUHÝ KLIENT

Paní Adéle je 24 let, její míra postižení je na úrovni středně těžké mentální retardace. Paní Adéla se naučila číst a psát, počítá do deseti. Narodila se do úplné rodiny, oba rodiče jsou bez handicapu a jakéhokoli zatížení, sourozence nemá. Rodiče pracují v uměleckém odvětví. Paní Adéla prošla několika zařízeními pro osoby s mentálním postižením, nyní žije v domově pro osoby se zdravotním postižením „Zahrada“.

V oblasti personální ADL je paní Adéla téměř samostatná, potřebuje pomoci jen s některými úkony (např. mytí hlavy, česání a výměna oblečení). V oblasti instrumentální ADL je paní Adéla závislá na pomoci vychovatelek a personálu v zařízení, kde nyní žije.

Paní Adéla je velmi komunikativní klientka, která vyžaduje v sociálně terapeutické dílně neustálou pozornost terapeuta. Často se obrací i na ostatní klienty v dílně, kterou zrovna navštěvuje. V současnosti navštěvuje všechny nabízené dílny, žádnou nepreferuje. Cíl programu u této klientky, je zaměřen na rozvoj jemné motoriky, rozvoj kognitivních funkcí a rozvoj sociálních dovedností.

Základní informace o ergoterapeutickém programu:

Forma: Individuální ergoterapie

Postižení klienta: Středně těžká mentální retardace

Délka setkání: 45 minut

Frekvence setkání: 1 x do týdne

Počet setkání: 5 setkání

Hlavní cíle ergoterapeutického programu:

- Rozvoj jemné motoriky
- Rozvoj kognitivních funkcí
- Rozvoj sociálních dovedností

Dílčí cíle programu:

- Rozvoj hlavně štipkového, špetkového, válcového, diskového a dlaňového úchopu
- Rozvoj paměti, pozornosti, myšlení, představivosti a trpělivosti
- Rozvoj a zlepšení verbální komunikace

1. SETKÁNÍ

Při prvním setkání se paní Adéla seznámila s pravidly fungování dílen. Dále byla také poučena o bezpečnosti práce při manipulaci s pomůckami používanými při práci. Toto seznámení s pravidly a poučení o bezpečnosti práce se bude opakovat vždy na začátku každého setkání.

Aktivita při setkání:

Při prvním setkání klientka třídila knoflíky podle barev do připravených krabiček, osvojovala si tak rozlišení šesti barev - žluté, oranžové, červené, modré, zelené a hnědé.

Cíle ergoterapeutického programu:

- Rozvoj hlavně diskového a špetkového úchopu
- Rozvoj paměti, pozornosti a představivosti
- Rozvoj verbální komunikace

Průběh setkání:

První setkání paní Adély bylo zaměřeno na osvojení si rozlišení šesti barev. Terapeutka při práci s klientkou používala šest krabiček položených vedle sebe. Každá krabička byla namalovaná konkrétní barvou. Úkolem klientky bylo rozdělovat knoflíky podle barev do těchto připravených krabiček. Klientka si nejdříve vybrala z hromádky knoflíků vysypaných na stole knoflíky podobné velikosti a poté tyto knoflíky do krabiček rozdělovala. Paní Adéla čtyři základní barvy - žlutou, červenou, modrou a zelenou již znala. Terapeutka tedy přidala, ještě oranžovou a hnědou barvu. S výběrem oranžových a hnědých knoflíků jí zpočátku pomáhala terapeutka, která ukazovala klientce, kde takto barevné knoflíky v hromádce na stole jsou. To se několikrát opakovalo. Poté je klientka z hromádky vybírala již sama a knoflíky tak vkládala do připravených krabiček.

Reflexe:

Klientka si osvojila rozpoznání šesti barev. Čtyři základní barvy již sice znala, ale rychle si osvojila i rozpoznání dalších dvou barev. Rozpoznání těchto dvou nových barev se paní Adéle líbilo, neboť to pro ni bylo něco nového. Paní Adéla si vybrané knoflíky nejprve pokládala podle barvy vedle sebe na stůl na hromádky a neustále si je prohlížela. Až později na popud terapeutky umístila tyto knoflíky do barevně označených a připravených krabiček. Z této činnosti byla velmi nadšená, i když se při konané činnosti neustále rozhlížela kolem sebe a nedokázala se plně soustředit. Ačkoli klientka tuto činnost sama zvládala, vyžadovala neustálou pozornost terapeutky a také její pochvalu. Při této činnosti terapeutku opakovaně oslovovala a říkala: „hele jak je Adéla šikovná“. Na konci prvního setkání paní Adéla měla uložit knoflíky na určené místo do jedné velké krabice, pro knoflíky vyhrazené. Toto nesla ze začátku dost nelibě a zlobila se, neboť se jí všechny knoflíky pomíchaly. Pro příště by tento úkon měla vykonat terapeutka a předejít tak rozladění klientky. Na konci setkání si paní Nikola nezapomněla uklidit své pracovní místo. U dalšího setkání se paní Adéla zaměří na zlepšení osvojení rozlišení šesti barev.

2. SETKÁNÍ

Na začátku druhého setkání byla paní Adéla poučena o bezpečnosti práce v dílně a dále také o pravidlech fungování dílny.

Aktivita při setkání:

Při tomto setkání si klientka zlepšovala osvojení rozlišení šesti barev. Paní Adéla provlékala barevné tkaničky ze šesti osvojených barev dřevěnou deskou s předvrtanými dírami. Tato činnost by se dala použít jako příprava na vyšívání.

Cíle terapeutického programu:

- Rozvoj hlavně špetkového a dlaňového úchopu
- Rozvoj paměti, pozornosti, trpělivosti a představivosti
- Zlepšení verbální komunikace

Průběh setkání:

Při tomto setkání paní Adéla zlepšovala osvojení rozeznávání barev z předešlého setkání. Terapeutka ukázala nejprve paní Adéle, co bude dělat. Připravila jí dřevěnou desku a barevné tkaničky. Následně jí pak ukázala, jak bude činnost provádět. Nejdříve si klientka položila šest barevných tkaniček vedle sebe podle barev tak, jak trénovala barvy při prvním setkání, kdy přebírala knoflíky. Dále si položila dřevěnou desku s předvrtanými dírami na stůl a vedle této desky si položila tkaničky. Vzala si první žlutou barvu a začala desku provlékat základním předním stehem, což jí nejdříve předvedla terapeutka. První dvě řady klientka zvládla úplně sama bez pomoci. Při provlékání třetí řady se klientce práce nedařila, následně se rozplakala a práce musela být přerušena.

Reflexe:

Terapeutka nejdříve ukázala paní Adéle, jak tkaničky deskou provlékat předním stehem. Tato činnost se klientce ze začátku líbila a pracovala zcela samostatně, první dvě řady zvládla sama. Při provlékání třetí řady se klientce začaly plést konce již provlečených tkaniček do třetí barvy a zamotaly se do sebe. Vznikla změť zamotaných tkaniček, které se klientka snažila rozmotat i za použití násilí. Když se jí toto nezdařilo, začala okamžitě plakat a stěžovat si, že se bojí. Nepomohla ani pomoc terapeutky a činnost musela být přerušena. Klientka odešla z dílny, aniž by se rozloučila a činnost ukončila. Při dalším setkání se

zaměříme na zlepšení klidné a dobré nálady paní Adély. Dále se také s klientkou znovu pokusíme o zopakování a procvičování činnosti z tohoto setkání.

3. SETKÁNÍ

Při třetím setkání byla paní Adéla opětovně poučena o bezpečnosti práce a pravidlech fungování dílny. Terapeutka jí vysvětlila, že se z dílny neodchází bez řádného rozloučení a uložení používaných pomůcek na určené místo. Tak, jak to klientka udělala při druhém setkání.

Aktivita setkání:

Při třetím setkání paní Adéla opětovně procvičovala provlékání barevných tkaniček do předvrtaných děr na dřevěné desce předním stehem. Tato činnost by se mohla využít při vyšívání.

Cíle ergoterapeutického setkání:

- Rozvoj hlavně špetkového a dlaňového úchopu
- Zlepšení pozornosti a trpělivosti
- Zlepšení klidné a dobré nálady

Průběh setkání:

Tentokrát si klientka připravila dřevěnou desku na provlékání barevných tkaniček sama. Barvy opět seřadila, tak jak jdou za sebou – žlutá, oranžová, červená, modrá, zelená a hnědá. Předfíkávala si barvy nahlas. První dvě barvy klientka opět provlékla sama, poté terapeutka svázala konce volných tkaniček k sobě, aby se klientce nepletly pod rukou. Klientka provlékala deskou barvu za barvou a vždy po provlečení tkaničky terapeutka opět svázala volné konce provlečených tkaniček k sobě. Setkání se obešlo bez pláče, klientka byla tentokrát spokojená sama se sebou.

Reflexe:

Při minulém setkání se klientka při vykonávané činnosti rozplakala a odešla z dílny bez rozloučení. Tentokrát však byla paní Adéla velmi dobře naladěná. Při tomto setkání se klientce podařilo provléknout dírami na dřevěné desce všech šest tkaniček, což se klientce velmi líbilo. Udržela si dobrou náladu a na konci se opět pochválila „hele jak je Adéla šikovná“. Při této činnosti potřebovala péči terapeutky jen při svazování provlečených konců

tkaniček. Na této desce se dají tkaničky provlékat různými způsoby a klientka by mohla toto dále trénovat, např. pro přípravu na vyšívání. Projevila, však přání pracovat s nůžkami a vystříhovat si obrázky s jídlem. Na konci tohoto setkání paní Adéla uložila všechny používané pomůcky na určené místo a odešla z dílny ve velmi dobré náladě. Nezapomněla také na úklid svého pracoviště.

4. SETKÁNÍ

Na začátku tohoto setkání byla klientka poučena o pravidlech fungování dílny a následně o bezpečnosti práce při práci s nůžkami.

Aktivita setkání:

Při minulém setkání klientka projevila přání pracovat s nůžkami a vystříhovat si obrázky z letáků a novin. Její oblíbené téma je jídlo, a proto při tomto setkání bude klientka vystříhovat obrázky s jídlem.

Cíl ergoterapeutického setkání:

- Rozvoj hlavně válcového a špetkového úchopu
- Rozvoj představivosti, zlepšení pozornosti a trpělivosti
- Udržení klidné a dobré nálady, rozvoj samostatnosti

Průběh ergoterapeutického setkání:

Klientka si připravila nůžky, které má uložené na jednom místě. Terapeutka dodala letáky a noviny z různých obchodů s obrázky potravin. Paní Adéla si sama letáky a noviny prohlížela a nahlas obrázky komentovala. Co všechno by si dala, které jídlo má nejraději. Po prohlédnutí letáků a novin si klientka vzala nůžky a ty obrázky potravin, které si jí nejvíce líbily, nůžkami vystříhovala. Obrázky následně seřadila na hromádky dle druhu potravin např. maso, pečivo, ovoce, zelenina, salám, sýr, sušenky, bonbony, atd. S tímto rozdělováním jí pomáhala i terapeutka. Po ukončení této činnosti klientka používané nůžky uklidila na stanovené místo.

Reflexe:

Při tomto setkání byla klientka velmi spokojená a na činnost se velice těšila. Jídlo je její oblíbené téma, a tak o něm dokáže neustále mluvit. Klientka je levák, ale práce s nůžkami jí šla velmi dobře. Bylo potřeba, aby se při střihání s nůžkami soustředila na konanou činnost,

a proto byl nutný dohled terapeutky. Když se na konanou činnost nesoustředila a nedávala při práci pozor, mávala nekontrolovatelně nůžkami okolo sebe. Zde je nutné dbát na bezpečnost práce. Vystříhané obrázky si klientka sama uložila do krabičky na polici a schovala si je na další setkání. Klíčová pracovnice paní Adély jí zakoupila nový sešit a klientka si do něj vystříhané obrázky s jídlem chce nalepit a sešit odnést domů. Po ukončení činnosti klientka uložila používané nůžky pod dohledem terapeutky na určené místo. Uklidila si také své pracovní místo, což by měla dělat vždy po ukončení činnosti v dílně.

5. SETKÁNÍ

Na začátku posledního setkání byla paní Adéla poučena o bezpečnosti práce při práci s lepidlem a dále také o pravidlech fungování dílny.

Aktivita setkání:

Při posledním pátém setkání si paní Adéla nalepovala obrázky potravin, které si vystříhala z novin a letáků při minulém setkání.

Cíle ergoterapeutického setkání:

- Rozvoj hlavně štipkového a špetkového úchopu
- Zlepšení představivosti, pozornosti a trpělivosti
- Zlepšení samostatnosti, udržení klidné a dobré nálady

Průběh ergoterapeutického setkání:

Paní Adéla si připravila zakoupený nový sešit, tuhé lepidlo a vystříhané obrázky s jídlem. Obrázky si následně lepila dle druhu potravin do svého sešitu, terapeutka jen přihlížela. Klientka byla poučena o bezpečném používání lepidla, kdy si ho ze začátku dlouze prohlížela a chtěla ho ochutnat.

Reflexe:

Klientka dokončila činnost, která se jí velice líbila a dokonce se na ni těšila. Cestou do dílny všem vyprávěla, co bude dnes dělat. Klientka si roztríděné obrázky s jídlem pomíchala, proto je znovu musela roztrdit podle druhu potravin. Tentokrát potřebovala menší podporu terapeutky než při minulém setkání a obrázky roztrídila téměř sama. Následovně nalepovala obrázky s jídlem do připraveného sešitu. Při nalepování obrázků pracovala paní Adéla

samostatně. Obrázky s jídlem nahlas komentovala a neustále mluvila o tom, co by si dnes dala. Při práci s lepidlem klientka nezabránila tomu, že měla olepené ruce lepidlem. Proto bylo třeba ruce často omývat vodou v umyvadle. Terapeutka tedy v dílně procvičovala s klientkou personální ADL, mytí rukou. Po ukončení práce klientka uklidila používané pomůcky na stanovené místo a uklidila své pracoviště. Sešit s nalepenými obrázky si klientka vzala domů, aby ho ukázala tatínkovi, z čehož se velmi radovala.

4.4 Závěrečné hodnocení

Podle mého názoru, byly terapeutické aktivity programu klientů přiměřené jejich mentálnímu postižení. Měli klienty naučit nové dovednosti, a dále pak upevňovat dovednosti již osvojené. Při práci v dílnách je vidět, jak klient zhotovuje výrobek od začátku do konce nebo se na jeho zhotovení z části podílí. To vyžaduje značný dostatek trpělivosti klienta i terapeuta.

Časové aktivity programu pana Martina byly dostatečné. Pan Martin dokázal pracovat a soustředit se celých 90 minut. Cílem tohoto ergoterapeutického programu byl rozvoj a zlepšení manuální zručnosti klienta, rozvoj kognitivních funkcí a rozvoj jemné motoriky. Klient se naučil ušít téměř celou kuchyňskou soupravu, jejíž součástí je utěrka, zástěra a chňapka. Cíl se podařilo téměř splnit. Chňapku se podařilo nastříhat, zástěru a utěrku klient za asistence terapeutky ušil. Bohužel práci na chňapce klient nedokončil, neboť při jeho práci nastal problém ve fázi, kdy měl olemovat chňapku rovným proužkem. Pro klienta to byl složitý proces a tento cíl se mu nepodařilo naplnit. Olemování chňapky dokončila terapeutka a klient si zhotovenou soupravu odnesl domů, z čehož měl velkou radost. Klient při konané činnosti pracoval hodně sám. Na terapeutku se obracel jen v případě, když si sám neporadil s technologickým postupem při práci. Neměl s terapeutkou potřebu komunikovat a terapeutka musela kontrolovat, zdali klient všemu rozumí. Při nácviku nové činnosti s tímto klientem se musí postupovat pomalu a opatrně. Důležité je klienta stále chválit a povzbuzovat. Klient rád pracuje se šicím strojem a parní žehličkou, a proto je velmi důležité poučit klienta o bezpečnosti práce s těmito přístroji.

Cílem programu paní Adély, bylo zaměřit se na rozvoj kognitivních funkcí, rozvoj jemné motoriky a rozvoj sociálních dovedností. Paní Adéla se bohužel zadaným činností, po celou dobu 45 minut nedokázala věnovat a neustále se od činnosti sama odkláněla. Při činnosti často plakala nebo se nepřetržitě smála. Během terapie vystřídala několik nálad, často

říkala, že se bojí. Při tomto bylo nutné činnost přerušit a odvést pozornost někam jinam. Klientka neustále vyžadovala pozornost terapeutky, ne z důvodu, že by činnost neuměla nebo nezvládala. Chtěla však, aby po celou dobu činnosti terapeutka u ní seděla a sledovala, co právě dělá, také chtěla její pochvalu. Když se jí práce dařila a bavila ji, byla usměvavá a neustále vše komentovala slovy „hele, jak je Adéla šikovná“. Nejvíce jí bavila práce s vystřihováním a lepením obrázků s potravinami do sešitu. U této klientky je jídlo nejzajímavější téma, dokáže o něm neustále mluvit.

Přínos využití ergoterapie se u těchto klientů značně liší. U pana Martina se ergoterapeutický program zaměřoval hlavně na rozvoj a podporu manuální zručnosti. Pan Martin je velmi manuálně zručný a byl by schopen i začlenění na trhu práce. Bohužel takto pracovat nechce, neboť se v cizím prostředí necítí dobře. Nemá rád změny a preferuje stereotyp. Nové věci jsou pro něj velmi stresující, i když navenek působí velmi ochotně. Proto pracovní začlenění na trhu práce odmítá, není motivován ani penězi. U pana Martina je možné dále pracovat na naučení se technologického postupu lemování rovným proužkem. Rád by si tuto část práce osvojil a dále by si rád vštípil v textilní dílně i další nové techniky šití.

Paní Adéla dílnu ráda navštěvuje, protože zde může volný čas trávit zajímavými činnostmi. Ráda si zde také povídá s pracovníky dílen. Při těchto činnostech rozvíjela kognitivní funkce, jemnou motoriku a sociální dovednosti. Cíl programu byl naplňován, ale je potřeba nadále rozvíjet kognitivní funkce, jako jsou pozornost, trpělivost a soustředění. Klientka, by v dílně ráda i nadále pracovala s nůžkami a chtěla, by si vystřihovat různé textilní materiály, na které ráda sahá a přikládá si je i na obličej. Dále je třeba rozvíjet jemnou motoriku a manuální zručnost klientky. Pro klientku je důležitý i nadále rozvoj sociálních dovedností, jako je verbální komunikace a prosociální chování.

U obou klientů se navržený ergoterapeutický program o 5 setkáních ukázal být příliš krátký, i když hlavně u pana Martina jsme mohli vysledovat určitý posun. V obou případech je ještě nutné pracovat na úplném splnění stanovených cílů. Při vhodném vedení ovšem u pana Martina v budoucnu nevylučuji pracovní začlenění. Pro paní Adélu a její následné budoucí setkání, by bylo vhodné vždy čas strávený v dílně naplánovat na dobu, až bude mít dobrou náladu. Činnosti v dílně by bylo také vhodné střídat, aby se mohla projít či osvěžit, a pak pokračovat dále. V současné době se aktivitou v dílně pouze baví a tráví čas zajímavými činnostmi, což je pro začlenění na trh práce nedostatečné.

Vzhledem ke zkušenostem v sociálně terapeutické dílně „Zahrada“ mohu říci, že umístění klienta na trhu práce je vždy velkým úspěchem. V tomto zařízení se podaří umístit přibližně 5-7% zaměstnaných klientů, kteří odchází do zaměstnání přímo, z této dílny. U pana

Martina je velká šance, že se mu to může podařit, pokud zapracuje na své nervozitě z neúspěchu.

Závěr

Využití ergoterapie má velmi široké uplatnění, lze ji využít v léčebnách, nemocnicích, školách, zařízeních sociálních služeb a jiných zařízeních věnujících se osobám se zdravotním postižením. Ergoterapie může sloužit také jako určitý druh kompenzace nebo náhrady pro klienty s mentálním postižením. Poskytuje jim možnost být užiteční a ukázat své možnosti a schopnosti, když je nelze umístit na trhu práce.

Hlavním cílem mé bakalářské bylo navrhnout konkrétní ergoterapeutický program pro osoby s mentálním postižením v sociálně terapeutické dílně. V případě vybraných klientů, kteří absolvovali 5 popsaných setkání, se potvrdil pozitivní přínos ergoterapie. S klienty se pracuje individuálně, někteří mohou vyrobit výrobek od začátku až dokonce nebo se na jeho výrobě alespoň částečně podílet. Mohou také trávit volný čas zajímavými činnostmi. Praktické využití výrobků v běžném životě klienti hodnotí kladně. Mohou si výrobky zkrášlit své bydlení, nebo mohou někoho obdarovat.

Přínos ergoterapie v sociálně terapeutické dílně se u obou uvedených klientů značně liší. Vzhledem k tomu, že při ergoterapeutickém programu proběhlo pouze 5 setkání, nebylo u klientů úplně dosaženo stanovených cílů, nicméně i tak byl zaznamenán určitý posun.

Pan Martin je velmi manuálně zručný a mohl by se tak za určitých podmínek v budoucnu uplatnit na trhu práce. Toto bohužel zatím odmítá, protože nemá rád změny a v cizím prostředí se cítí nejistý. V budoucnu se pro pana Martina budeme snažit domluvit zkušební umístění na trhu práce. To bude ovšem vyžadovat postupné zvykání na nové pracoviště a pracovníky. U paní Adély o tomto v současné situaci nemůžeme uvažovat.

Dle zkušeností v sociálně terapeutické dílně „Zahrada“ mohu říci, že je velkým úspěchem, pokud se podaří umístit našeho klienta na trhu práce. V našem zařízení se úspěšnost programů pohybuje přibližně okolo 5-7% zaměstnaných klientů a pan Martin by za určitých podmínek mohl být jedním úspěšných uchazečů o práci.

V bakalářské práci je popsán možný přístup ke klientům za pomoci zařazení ergoterapie do jejich individuálních plánů v sociálně terapeutických dílnách, o čemž se v dostupné literatuře, kde je nedostatek příkladů z praxe, příliš nedozvíme.

Popsaný návrh ergoterapeutického programu ověřovaný v sociálně terapeutické dílně u dvou klientů s mentálním postižením dokazuje, jak ergoterapie může těmto osobám pomoci při osvojení nových dovedností vedoucích v některých případech k možnému začlenění na pracovní trh. I když k tomuto nakonec nedojde, klienti těchto zařízení mohou kvalitně trávit

čas při činnostech, které jim pomáhají zdokonalovat se a osvojit si dovednosti, které mohou využít v každodenním životě.

Měli bychom si uvědomit, že člověk se zdravotním postižením je jedinečný, a proto bychom se měli snažit jeho zvláštnosti tolerovat a porozumět jim, a tím vytvořit takové podmínky, aby se osoby se zdravotním znevýhodněním plně zapojili do intaktní společnosti.

Seznam použité literatury:

BATOŇOVÁ,M.,BAZALOVÁ,B.,PIPEKOVÁ,J. *Psychopedie*. 2.vyd.Brno:Paido,2007.150 s. ISBN 978-80-7315-161-4

COTEC. *Introduction to Occupational Therapy*. [online]. London, 2007 [cit. 2015-06-01]. Dostupný z WWW: <http://www.cotec-europe.org/eng/452/>.

Česká asociace ergoterapeutů. *Ergoterapie, cíle ergoterapie*. [online]. Praha, 2008 [cit. 2015-06-01]. Dostupný z WWW: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

Česká asociace ergoterapeutů. *Koncepce ergoterapeutického procesu*. [online]. Praha, 2007 [cit. 2015-05-30]. Dostupný z WWW: http://www.ergoterapie.cz/files/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf

ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie*. 1. vyd.Praha:Karolinum, 2008.222 s. ISBN 978-80-246-1565-3

DLOUHÁ, J. a kol. *Úvod do psychopedie*. 1. vyd.Univerzita Hradec Králové:Gaudeamus, 2011. 94 s. ISBN 978-80-7435-122-8

DOLEJŠÍ,M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 1.vyd.Praha:Avicentrum,1973.184s.

DOMOV HARCOV. *Sociálně terapeutická dílna*. [online] Harcov, 2015 [cit. 2015-06-23]. Dostupný z WWW:<http://domov-harcov.cz/clanek/zobraz/socialne-terapeuticka-dilna>

HORŇÁKOVÁ, M. *Činnosťnáterapia v liečebnej pedagogike*. Vydané vlastným nákladom. Bratislava:Creativpress,1995.79 s. ISBN 80-7131-021-2

HORŇÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*.1.vyd.Bratislava:OZ Sociálna práca,2003.144 s. ISBN 80-968927-6-2

CHARITA HLUČÍN. *Sociálně terapeutická dílna*. [online] Hlučín, 2014 [cit. 2015-06-23]. Dostupný z WWW:<http://charitahlucin.cz/socialne-terapeuticka-dilna/>

CHARITA OPAVA. *Sociálně terapeutická dílna Radost*. [online] Opava, 2010 [cit. 2015-06-23]. Dostupný z WWW: <http://charitaopava.cz/?page=texty&id=119&llgen=18>

JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, 2005, 103 s. ISBN 80-7040-826-X

JELÍNKOVÁ, J., KŘIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7

KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J., a kol. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9

KLUSOŇOVÁ, E. *Ergoterapie v praxi*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011, 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8

KŘIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. [online]. 2015 [cit. 2015-06-01]. Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/13929#1>

MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 295 s. ISBN 80-244-1075-3

MÜLLER, O., a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014, 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7

MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, 87 s. ISBN 80-244-0207-6

NADĚJE. *Sociálně terapeutická dílna*. [online] Otrokovice, 2013. [cit. 2015-06-23]. Dostupný z WWW: http://nadeje.cz/otrokovice/socialne_terapeuticka_dilna

PFEIFFER, J. *Ergoterapie II*. 1.vyd.Praha:Avicentrum,1990.172 s. ISBN 80-201-0004-0

PIPEKOVÁ,J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1.vyd.Brno:Paido,1998.234 s. ISBN 80-85931-65-6

SAGAPO. *Sociálně terapeutická dílna*. [online] Bruntál, 2015 [cit. 2015-06-23]. Dostupný z WWW:<http://sagapo.cz/socialne-terapeuticke-dilny.html>

SLOWÍK,J. *Speciální pedagogika*. 1.vyd.Praha:Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3

SVOBODA, P. *Poetoterapie*. 1. yd. Olomouc:Univerzita Palackého,2007.187s. ISBN 978-80-244-1682-3

ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. 1.vyd.Praha:Karolinum, 2005.100 s. ISBN 80-246-0992-4

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd.Praha:Portál, 2006.200 s. ISBN 80-7367-060-7

ŠVESTKOVÁ, O., SVĚCENÁ, K., a kol. *Ergoterapie*. Praha:UK, 2000.199 s. ISBN 978-80-260-4100-9

VALENTA, M., MULLER, O. *Psychopedie*. 1. vyd.Praha:Parta, 2003.443 s. ISBN 80-7320-039-2

VALENTA, M. *Dramaterapie*. 4.vyd.Praha:Grada, 2011.264 s. ISBN 978-80-247-3851-2

VALENTA, M., MICHALÍK, J.,LEČBYCH,M., a kol. *Mentální postižení*. 1.vyd. Praha:Grada, 2012.352 s. ISBN 978-80-247-3829-1

VALEŠOVÁ MALECOVÁ, B. *Študijný materiál k predmetu Ergoterapia II*.Praha:Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2011.

VALEŠOVÁ MALECOVÁ, B. *Študijný materiál k predmetu Ergoterapia I*. Praha:Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2012.

VALEŠOVÁ MALECOVÁ, B. *Možnosti a hranice uplatnenia expresivních terapií v speciálnopedagogickej starostlivosti v ČR.*In KOVÁČOVÁ, B.:*Výchova verzus Terapiamožnosti, hranice, riziká. Zborník z medzinárodnej liečebnopedagogickej konferencie.*Bratislava:Univerzita Komenského,2011.158s. ISBN 978-80-223-3006-0

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhajícíprofese.*3.vyd.Praha:Portál, 1999.444 s. ISBN 80-7178-678-0

VODÁKOVÁ, J., DYTRTOVÁ, R.,CETTLOVÁ, M., BERÁNEK, V. *Speciální pracovní výchova a terapie.* 2.vyd.UK Praha:2007.94 s. ISBN 80-7290-322-1

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením.* 1.vyd. Praha:UK, 2003.207 s. ISBN 80-246-0708-5

World Federation of Occupational Therapists. *Definition of Occupational Therapy.*[online] Forrestfield, 2012 [cit. 2015-04-30]

Dostupný

z WWW:<<http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>>

ZAHRADA poskytovatel sociálních služeb Kladno. *Sociálně terapeutická dílna.*

[online]. Kladno, 2010 [cit. 2015 -04-30].

Dostupný z WWW: <http://zahrada-usp.cz/socialne-terapeuticka-dilna/>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In Sbírka zákonů České republiky. 2006. Dostupný z WWW:http://www.sbcz.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khm:SSBCA6/SBCA6037.HTM;ca108_2006_00